



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
(DPSS)**

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia di comunità, della promozione del benessere e del cambiamento sociale**

Tesi di Laurea Magistrale

**Trascendere i confini tra corpo e mente: Il Neo-Funzionalismo
applicato all'esperienza vissuta di due persone transgender
durante il loro percorso di affermazione di genere**

Transcending the body and mind dichotomy: The Neo-Functionalism approach applied
to the lived experience of two transgender people during their gender affirmation
journey

Relatrice

Prof.ssa Irene Leo

Correlatrice esterna

Dott.ssa Roberta Rosin

Laureanda: Letizia Sturiale

Matricola: 2020823

Anno Accademico: 2021/2022

“Bastare a sé non è da tutti” (Le Breton, 2016a) ... intendo dedicare questo lavoro
... a coloro che sanno vedere oltre l’”imperfetto”
... a coloro che sanno credere oltre l’”impossibile”
... a coloro che vivono l’ironia oltre il vivere
... a coloro che insegnano che il cammino porta oltre a sé stessi.

INDICE

Introduzione.....	1
1 LA REALTÀ TRANSGENDER	5
1.1 Identità Transgender - Terminologie e Costrutti.....	5
1.2 Il Percorso di Affermazione di Genere in Italia	8
1.2.1 La Nosografia Psicologica e Psichiatrica	9
Dibattiti e Controversie.....	10
1.2.2 Le Tappe Normative e Giuridiche.....	14
Dibattiti e Controversie.....	17
1.2.3 Considerazioni Preliminari.....	20
1.3 Identità Transgender e il Dilemma tra Paradigmi Conoscitivi.....	22
1.3.1 La Visione Essenzialista e il Corpo Sbagliato	22
1.3.2 La Visione Socio-Costruzionista e l'Identità di Genere Non Binaria	24
1.3.3 Verso un'Esperienza Incarnata	26
2 IL MODELLO DI PSICOLOGIA NEO-FUNZIONALE	30
2.1 Le Origini e il Superamento della Dicotomia tra Corpo e Mente.....	30
2.2 Postulati Epistemologici: Funzioni, Funzionamento di Fondo, Attività Umane	34
2.3 La Psicoterapia Funzionale	37
2.3.1 Elementi per la Costruzione della Diagnosi Funzionale.....	37
Il Diagramma Funzionale	39
2.3.2 La Costruzione e Direzione del Progetto Terapeutico Funzionale.....	41
2.3.3 Il Corpo in Psicoterapia Funzionale	43
2.4 La Lettura Funzionale dell'Identità Transgender	44
3 IL PROGETTO DI RICERCA	47
3.1 Obiettivo della Ricerca.....	47
3.2 Il Setting Terapeutico Funzionale.....	49
3.2.1 La Psicoterapeuta	49
3.2.2 Il Progetto Terapeutico Funzionale di Alessia (AMAB)	49
Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)	49
Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)	51
Lasciare (Allentare muscolatura, Incantarsi, Non tenere)	52
Stare (Oziare).....	53
Sensazioni (Sentirsi, Conoscersi).....	53
Benessere (Armonia, Interezza, Verso il basso, Vagotonia)	54
3.2.3 Il Progetto Terapeutico Funzionale di Marco (AFAB)	55
Aprirsi (Raccontare di Sé).....	55
Piacere all'altro (Mostrarsi)	56
Contatto Attivo (Prendersi l'altro)	57
3.3 Lo Studio di Casi Clinici.....	58
3.4 La Metodologia di Analisi dei Dati	60
3.4.1 Il Corpus di Dati	61
3.4.2 Analisi Tematica	62
La Procedura	63
3.4.3 Analisi del Cambiamento in Psicoterapia.....	65
La Procedura	71

Il Sogno in Psicoterapia Funzionale.....	74
4 ANALISI DEI DATI	76
4.1 Analisi Tematica	76
4.1.1 Caso Clinico Alessia (AMAB).....	76
Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)	76
Sensazioni (Sentirsi, Conoscersi).....	80
Benessere (Armonia, Interezza)	85
Lasciare (Allentare, Incantarsi, Non tenere) e Stare (Oziare)	87
Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)	89
4.1.2 Caso Clinico Marco (AFAB).....	92
Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)	92
Aprirsi (Raccontare di Sé).....	94
Contatto Attivo (Portarsi l'altro).....	96
Piacere all'altro (Mostrarsi)	99
Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)	101
4.2 Diagrammi Funzionali	103
4.3 Analisi del Cambiamento in Psicoterapia	105
4.3.1 Caso Clinico Alessia (AMAB).....	106
Sé in relazione con il Sé.....	106
Sé in relazione con l'Altro.....	113
4.3.2 Caso Clinico Marco (AFAB).....	117
Sé in relazione con il Sé.....	117
Sé in relazione con l'Altro.....	121
5 DISCUSSIONE.....	127
Obiettivo Primo: Il Disagio nell'Incarnare un Genere non in Linea con la Norma.....	128
Obiettivo Secondo: Andare verso un'Esperienza Incarnata di Genere	133
Limiti della Ricerca e Implicazioni Future	136
CONCLUSIONI	140
Bibliografia	143
Appendice A.....	149
Appendice B.....	150

Introduzione

La sensazione di *avere* un corpo può non coincidere con la sensazione di *vivere* un corpo nel momento in cui questo non rispecchia ciò che vediamo o percepiamo dello stesso. Malgrado questo fenomeno possa essere supposto come caratterizzante nella vita di una persona transgender, sarebbe illusorio pensare che esso non si presenti in persone con generi cosiddetti normativi (Salamon, 2010, p. 3). In una società in cui i corpi sono oggettivati, sessualizzati, estetizzati, medicalizzati e patologizzati, il senso di alienazione verso il proprio corpo può definirsi pressoché una condizione “comune” (Faccio, 2008, p. 41). Tuttavia, la persona transgender, all’interno della nosografia psicologica e psichiatrica (attuale¹), è considerata “disturbata” nel momento in cui esperisce un divario significativo e doloroso tra l’identità di genere che sente come propria e ciò che del suo corpo (biologicamente sessuato) appare (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ma già nel momento in cui le categorie di genere normative in sé si basano su questa separazione, tra il senso corporeo² da un lato e ciò che del corpo appare dall’altro, ciò dovrebbe smentire la possibilità di costruirne un fenomeno di struttura “anomala” o “patologica” (Salamon, 2010, p. 2). Anche se, non si tratta di trascurare l’importanza del fenomeno stesso e l’esistenza di questo sentire.

Ricontestualizzando, le persone che si definiscono transgender sono coloro che trascendono le aspettative prevalenti sui generi presentando e vivendo un’identità di genere che non è in linea con il sesso a loro assegnato alla nascita e esprimendosi in modi non congruenti alle concettualizzazioni di genere tradizionalmente legate al sesso biologico (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 15). In poche parole: le persone transgender “incarnano un’identità di genere che non è allineata alla norma” (Arfini, 2007, p. 9). Negli ultimi anni il fenomeno transgender ha ricevuto maggiore attenzione sia all’interno dei contesti sociali e culturali, sia da parte della comunità scientifica, contribuendo a una maggiore visibilità e a una maggiore, almeno parzialmente, accettazione e “destigmatizzazione” del fenomeno (Crapanzano, Carpiello & Pinna, 2021). Più generalmente, vi è il critico confronto con un modello socioculturale dominante di concettualizzazione binaria di genere. Quest’ultima ha plasmato la storia delle scienze psicologiche e le teorie popolari e nella quale vi è la convinzione condivisa che tutti gli esseri umani nascono femmine oppure maschi, identificandosi rispettivamente in termini

¹ Qui ci si riferisce principalmente alla diagnosi di Disforia di Genere (APA, 2013) nonostante vi siano in corso evoluzioni nosografiche che mirano sempre più ampiamente alla depatologizzazione del fenomeno transgender, come nell’ultima versione dell’ICD (e come vedremo in seguito).

² Il senso corporeo, un termine coniato da Gayle Salomon (2010), descrive l’esperienza transgender in cui il *felt sense of the body* è vissuto in opposizione con l’apparenza del corpo stesso, nonché, ciò che è visto dello stesso. Il senso corporeo secondo Salomon, non solo va a costruirsi sulla base di processi propriocettivi, ma anche in relazione a processi di interpretazione di natura socioculturale.

di tali e assumendo, nel corso della loro vita, determinati ruoli sociali considerati appropriati. La visione binaria di genere continua a persistere nonostante siano emersi, negli ultimi anni, diverse evidenze empiriche (neuroscientifiche, psicologiche, evolutive etc.) (Gallagher & Bodenhausen, 2021; Hyde, Bigler, Joel, Tate & van Anders, 2019), attivismi socio-politici ed evoluzioni all'interno della nosografia psicologica, che hanno tentato di decostruire sempre più ampiamente la visione di generi e corpi come variabili dicotomiche. Inoltre, a ciò si collegano le criticità sollevate in merito alla *medicalizzazione* delle persone transgender e la concettualizzazione delle identità "transessuali". Il termine "transessuali" intende definire coloro che hanno deciso di avviare determinati trattamenti chirurgici di "riassegnazione di sesso" per "transitare" da un senso di genere all'altro e confermare così l'ordine di binario di genere (Mauriello, 2014). In questo argomento, la medicina, come istituzione sociale, è preposta a operare una pratica di controllo sui corpi e sulle identità lì dove i corpi sono considerati "limitati" per "rendere il soggetto esattamente come dovrebbe essere (pensato? visto? percepito?) come l'Altro senso di genere" (Mauriello, 2014). Ora, si specifica che, questo non vuole smentire l'esistenza del desiderio sentito delle persone transgender di appartenere al genere opposto, ma si tratta piuttosto di considerare, come vedremo più avanti, le implicazioni che tale visione ha sui discorsi medici e psicologici e nel rapporto sociale con queste persone.

Il percorso di Affermazione di Genere in Italia, oggi, si radica all'interno di un complesso sistema medico psichiatrico, nel quale il sistema nosografico psicologico e psichiatrico si intreccia a un iter giuridico-normativo preciso. I dibattiti relativi si soffermano sul seguente punto: nonostante vi sia concessa l'apparente libertà di cambiare il proprio corpo e il proprio nome in base al genere percepito come proprio attraverso la Legge 164/1982 che stipula le "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso", tale libertà si affianca a forme di *patologizzazione* del fenomeno. Ossia, l'accesso a determinati interventi medici desiderati è concesso solo nel momento in cui il soggetto "ottiene" oppure "soddisfa" la diagnosi di Disforia di Genere (Voli, 2018). Inoltre, è criticato che l'accento della struttura patologica del fenomeno, nonché del disagio esperito dai soggetti, è posto sulla dimensione individuale, anziché sociale, anche se è ben documentato che l'esperienza vissuta delle persone transgender, e l'eventuale disagio esperito, è condizionato sia da aspetti personali che sociali. (Schulz, 2018). Vi è trascurato dunque l'impatto di processi di stigmatizzazione e discriminazione all'interno dei contesti sociali e sanitari, e più generalmente l'influenza di processi socioculturali che, inevitabilmente, concorrono alla scoperta e definizione di sé. Inoltre, come descrive Lev (2013), "*non possiamo minimizzare il potere della diagnosi nelle lotte*

per i diritti civili delle minoranze sessuali e di genere ... La traiettoria concettuale dalla malattia mentale alla diversità umana non è una semplice retta, tuttavia è innegabile che le categorie diagnostiche influenzano le opinioni sociali delle persone”.

Giunti a questo punto, le domande che più intendo indagare sono: chi sono le persone che si definiscono transgender? E come è possibile avvicinarsi a loro, sostenendoli nella loro realizzazione identitaria e comprendendo la loro esperienza vissuta e reale, superando i limiti conoscitivi di visioni binarie, patologizzanti e medicalizzanti?

All'interno di questo lavoro si assume che la modalità attraverso cui approssimare le risposte a tali quesiti è quella di affrontare la complessità del fenomeno, superando visioni dicotomiche di intendere l'esperienza umana in sé. Si tratterebbe quindi di riconsiderare le prospettive su ciò che s'intende con sesso (struttura anatomica) versus genere (struttura linguistica e performativa), con corpo versus mente, con femminilità versus mascolinità, con natura versus cultura. In questo senso, si suppone che solo un modello integrativo che mira a unire entrambe le polarità (Denton, 2019), che si costruisce su una concezione fluida e sconfinante tra il senso di sé, il corpo, il genere e il sesso (Engdahl, 2014) permetterebbe davvero di ricavare una visione articolata e approfondita dell'esperienza vissuta di queste persone. A tal proposito il presente lavoro ha voluto offrire una lettura dell'esperienza vissuta da due persone transgender che si colloca in una visione integrata del fenomeno. Si tratta di una visione che considera la *persona*, secondo l'area di pensiero del Neo-Funzionalismo, come organismo complesso e organizzato da sistemi interconnessi tra di loro, che a loro volta si trovano in rapporto con il macrosistema mondo. Nello specifico, si è scelto di intraprendere un viaggio negli ambienti di vita di queste persone e durante il periodo di accompagnamento psicologico di Affermazione di Genere e prima dell'avvio di eventuali trattamenti ormonali e/o chirurgici attuati sul corpo. Si presume, che sia proprio durante questa “tappa” del percorso, spesso vissuta dai soggetti come obbligatoria e stigmatizzante e da parte delle figure professionali come momento in cui inquadrare la persona all'interno di una nosografia psicologica e psichiatrica, che le modalità attraverso cui avvicinarsi all'esperienza vissuta della persona diventano fondamentali per sostenerla verso una configurazione incarnata dell'essere sé stessa (Di Gregorio, 2019, p. 113). L'approccio psicoterapeutico applicato attinge al modello della psicologia Neo-Funzionale (anche definito Funzionalismo Moderno) e ha permesso di offrire una visione integrativa e comprensiva del fenomeno mirando a superare i confini tra generi, tra il Sé e l'Altro, tra cultura e natura e, oltretutto, tra mente e corpo (Rispoli, 2004, 2014, 2016).

Il primo capitolo offre una panoramica della realtà transgender andando in primo luogo a chiarire alcune terminologie e costrutti costitutivi di tale realtà. Ne consegue

l'approfondimento del percorso di Affermazione di Genere in Italia, prendendo in considerazione le evoluzioni nosografiche nell'ambito psicologico e psichiatrico e le tappe giuridiche-normative del percorso. Riguardo ciò, sono riportati i principali dibattiti e controversie sollevate in merito alla diagnosi di Disforia di Genere e il suo ruolo all'interno del modello medico-psichiatrico dell'iter di Affermazione di Genere. Da qui, sono presentate due prospettive epistemologiche, la prospettiva essenzialista e socio-costruzionista, le quali sono supposte a essere centrali nella comprensione condivisa del fenomeno transgender. Mentre la prima sembra aver prevalentemente condizionato il discorso medico, psicologico, psichiatrico e pubblico (Engdahl, 2014; Hart, 1984) la seconda prospettiva invece sembra aver costituito le basi per diverse rivendicazioni e attivismi socio-politici per tutelare e andare sempre di più verso la liberazione dei corpi e dei generi e il diritto della diversità umana (come nelle teorie femministe e nelle teorie *queer*) (Nagoshi & Brzuzy, 2010). Tuttavia, una revisione della letteratura ci ha permesso di assumere che entrambi i modelli sembrano alimentare una visione dicotomica dell'esperienza umana in sé. In particolar modo, qui, ci si riferisce a quella tra la dimensione soggettiva dell'identità di genere e del senso di sé e la dimensione materiale del corpo biologico, che ambedue esistono come tali in una relazione inscindibile con il contesto socioculturale circostante (Engdahl, 2014; Nagoshi & Brzuzy, 2010). Così vi è l'esplorazione di teorizzazioni più fluide e integrative dell'esperienza vissuta delle persone transgender, che intendono osservare la *persona* nella sua interezza, sia nel rapporto con sé stessa che nel rapporto con il mondo. Nel capitolo secondo sono quindi esplicitati i presupposti teorici ed epistemologici del modello psicologico Neo-Funzionale e alcuni aspetti specifici della psicoterapia, inclusa la diagnosi Funzionale e la costruzione e direzionalità del Progetto Terapeutico. Nel terzo capitolo è espressa la definizione formale degli obiettivi del presente lavoro e sono presentati i Progetti Terapeutici che hanno guidato lo studio empirico dei due casi clinici di persone transgender presi in esame durante il loro percorso psicologico di Affermazione di Genere. Ne consegue la presentazione delle metodologie di analisi dei dati che sono state scelte per offrire una lettura Neo-Funzionale dell'esperienza psico-corporea dei soggetti durante la fase iniziale del percorso psicoterapeutico e durante le fasi più avanzate dello stesso per illustrare precisi movimenti di cambiamento. Nel quarto capitolo sono riportati i risultati dell'analisi dei dati e, infine, nel quinto capitolo è discusso quanto emerso in riferimento agli obiettivi della ricerca e alla letteratura più ampia.

1 LA REALTÀ TRANSGENDER

“Vorrei che capissero che siamo persone. Siamo esseri umani, e questa è una vita umana. Questa è la realtà per noi, e tutto ciò che chiediamo è accettazione e convalida per ciò che diciamo di essere. È un diritto umano fondamentale.”

Andreja Pejic (AMAB, tra le più famose modelle transgender a livello mondiale)

1.1 Identità Transgender - Terminologie e Costrutti

Per meglio navigare la realtà transgender, di seguito vi è una panoramica di alcune terminologie e costrutti chiave di tale realtà³. Il termine *transgender* si riferisce a coloro che trascendono le aspettative sociali tradizionalmente associate ai ruoli e atteggiamenti di genere. Esprimono e vivono un genere in linea con la loro esperienza interiore e soggettiva che tipicamente diverge dal genere a loro assegnato alla nascita. Possono definirsi transgender coloro che vestono abiti del genere prescelto come proprio, che adottano un nome proprio del genere desiderato, che assumono ormoni modificando le caratteristiche sessuali del proprio corpo, o che intervengono (anche solo in modo parziale) chirurgicamente (Di Gregorio, 2019, p. 40). Si parla di “genere assegnato alla nascita” utilizzando le abbreviazioni AFAB (*Assigned Female At Birth*) e AMAB (*Assigned Male At Birth*), indicativamente di coloro che sono stati assegnati al *genere* femminile o maschile al momento della nascita. L’assegnazione di genere è comunemente intesa a corrispondere al *sex* assegnato sulla base degli organi sessuali visibili, anche se il genere per definizione, coinvolgerebbe più fattori sociali e personali, anziché biologici (come descritto in seguito). Rispetto a una dimensione più generale, si considera l’espressione di “non-conformità di genere” (*gender non conforming, gender variant*) come termine ombrello per riferirsi alle persone che vivono, rappresentano e comunicano al mondo un’identità di genere diversamente da quanto atteso dalle norme e aspettative socioculturali (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 15). All’interno di questa espressione, rientrano anche coloro che non assumono un’identità di genere precisa e rimangono sospesi in una non definizione di genere in termini binari (*genderqueer*), coloro che non si ritrovano in nessuna etichetta di genere (*agender*), coloro che si ritrovano in entrambe le etichette, alternativamente o simultaneamente (*bigender*), oppure, coloro che si ritrovano in una definizione dinamica di due o più identità di genere (*genderfluid*) (Di Gregorio, 2019, p. 10). Un costrutto rilevante, che descrive la dimensione individuale e soggettiva del definirsi in termini sessuali è quella dell’*identità sessuale* supposta un esito di

³ La presente presentazione si è basata sul glossario terminologico della prima e più grande organizzazione americana LGBTQ+, PFLAG, disponibile sul sito www.pflag.org/glossary.

un'interazione complessa tra aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali. Vi sono quattro componenti costitutivi di questo costrutto, nonché, il sesso, il genere, l'orientamento sessuale e l'identità di genere (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 13). Per *sesso* biologico s'intende gli attributi anatomici, fisiologici e genetici (organi riproduttivi interni e genitali esterni, gonadi, ormoni, cromosomi, geni) che definiscono una persona come femmina, maschio, o intersessuale⁴. Il termine *genere* invece, indica una gamma di tratti comportamentali, psicologici e/o emozionali. Tipicamente, gli stessi sono associati al sesso biologico di una persona e utilizzati per classificarla in termini binari, maschili o femminili, all'interno di un determinato contesto socioculturale. A ciò si collegano i termini *espressione di genere* e *ruolo di genere*, ambedue solitamente considerati di natura binaria. Si riferiscono al modo in cui una persona comunica il genere all'interno della propria cultura di appartenenza, tramite il proprio abbigliamento, modo di apparire, modo di comunicare, interessi (espressione di genere) e determinati comportamenti (ruolo di genere). Si specifica che tale comunicazione può essere più o meno consapevole e non dovrebbe essere automaticamente intesa a corrispondere con l'identità di genere di questa persona. La distinzione dei termini genere e sesso si è mostrata particolarmente rilevante nella comprensione, anche in termini psicologici, del concetto di identità (Diamond, 2002). Tuttavia, accade frequentemente che i termini vengano usati in modo intercambiabile e la distinzione sembri fare poca differenza. Soprattutto nel dibattito scientifico, medico, legale, politico e/o anche religioso l'uso inappropriato dei termini può portare a confusioni e mancanza di comprensione (Diamond, 2002). Questo riecheggia in una visione biomedica del corpo, nella quale, il sesso biologico è supposto a essere in rapporto diretto con l'identità di genere e l'espressione della stessa (Engdahl, 2014). Ora, se è vero che il termine "sesso" e "genere" devono essere visti e usati distintamente, sembra altrettanto necessario affrontare la modalità di integrazione di entrambi nell'esperienza vissuta delle persone. Quest'ultimo aiuterebbe inoltre a non cadere in una visione dicotomica o di soffermarsi su uno o l'altro concetto per descrivere e comprendere la realtà transgender.

Una ulteriore componente del costrutto di identità sessuale è *l'orientamento sessuale*, nonché, i sentimenti emotivi, romantici e/o sessuali di una persona verso altri individui. Le categorie di orientamento sessuale tendenzialmente includono l'attrazione per membri del proprio sesso (orientamento omosessuale), del sesso altrui (orientamento eterosessuale), nonché per i membri di entrambi i sessi (orientamento bisessuale) (Crapanzano et al., 2021). Risulta tuttavia più adeguato considerare l'orientamento sessuale come costrutto dinamico, anziché statico, manifestandosi lungo uno spettro di possibili orientamenti sessuali. Inoltre, è

⁴ Il termine intersessuale, si riferisce a persone nate con genitali ambigui o corpi che appaiono né tipicamente maschili, né femminile, spesso derivanti da anomalie cromosomiche.

importante tenere presente che la definizione dell'orientamento sessuale si basa sull'identità di genere della persona, e non sul suo sesso biologico (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 17). Così arriviamo a elucidare il termine *identità di genere* che, a differenza del sesso biologico, dell'orientamento sessuale e dell'espressione e ruolo di genere, rappresenta la dimensione soggettiva e l'esperienza interiore della persona rispetto alla propria definizione di sé. Nonostante siano stati studiati prevalentemente i processi cognitivi relativamente alla costruzione di tale definizione di sé, ne è stata contestualizzata l'egual importanza di processi socioculturali e biologici che ne concorrono (Steensma, Kreukels, Vries & Cohen-Kettenis, 2013; Tobin et al., 2010). A tal proposito si ritiene considerevole inserire il costrutto di *identità corporea*. La stessa è intesa come esito di un percorso di scoperta di sé all'interno del quale l'individuo scopre il proprio corpo, incluse le sue caratteristiche sessuali, attraverso un processo dialogico tra voci narranti individuali ma anche interpersonali e socio-culturali del contesto circostante (Faccio, 2008, p. 95). Nello specifico, il sé corporeo e qui inteso come costrutto le cui componenti includono sia processi propriocettivi che cognitivi, emotivi e sociali. Insieme questi processi organizzano l'autoconsapevolezza corporea e il comportamento, permettendo all'individuo di costruire un senso di continuità e coerenza dei propri vissuti corporei (Faccio, 2008, p. 97). Il corpo quindi, attraverso la sua immagine e attraverso l'esperienza dello stesso, è uno tra gli elementi fondamentali che concorrono alla definizione del Sé (Faccio, 2008, p. 97). Come descrive Merleau Ponty (1908-1961 in Faccio, 2008), esiste una insolubile connessione tra coscienza e corpo, nel momento in cui il corpo è contemporaneamente oggetto e soggetto del processo di definizione di sé. Si collega quanto riportato da Prosser (1998 citato in Ho, 2006) che afferma che né il Sé, né l'identità, sono semplicemente un costrutto della cognizione mentale, ma sono al contrario materialmente radicati nei sentimenti effettivi del corpo. Secondo Prosser questo è il caso, in particolare, nelle persone transgender. L'identità di genere sembra dunque costruirsi su molteplici dimensioni tra loro interattive nonché grazie alla dimensione cognitiva, corporea e sociale. Può anche essere considerata una costruzione contemporaneamente personale (proprietà della persona, inclusa la dimensione corporea) e sociale (costruita in relazione nel rapporto con l'altro) (Neri, 2018; Valentine, 2014).

Un ulteriore termine meno frequentemente utilizzato nella comunità transgender, e tal volta percepito come discriminante e frainteso, è il termine *transessuale*. Lo stesso si riferirebbe a coloro che hanno avviato programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici di riassegnazione del sesso biologico, nonché, delle caratteristiche fisiche e sessuali ad esso associate (Di Gregorio, 2019, p. 10). Tuttavia, tale termine enfatizza il concetto del sesso biologico (incluso

caratteristiche sessuali primarie e secondarie) rispetto a quello dell'esperienza psichica dello stesso (identità di genere), escludendo le persone transgender che non intendono sottoporsi a tali trattamenti (Crapanzano et al., 2021). A ciò si collega una importante precisazione, nonché la differenza terminologica e semantica tra *transizione* e *affermazione*. Quest'ultimo si presenta in maniera più rispettosa verso coloro che non intendono *transitare* da un genere all'altro, ma intendono invece *affermare* l'identità di genere a cui sentono di appartenere (Crapanzano et al., 2021), o meglio, intendono affermare e realizzare sé stessi. Non tutte le persone transgender desiderano sottoporsi a procedure ormonali e/o chirurgici, e sono presenti una vasta gamma di scenari attraverso cui il percorso di Affermazione di Genere può manifestarsi. Analogamente, non tutte le persone transgender intendono definirsi e sposare una identità di genere in termini binari, ovvero, maschio o femmina. Così è possibile che le persone transgender incarnano infinite sfumature tra i due generi o un "genere altro" che non ha niente a che fare, né con il maschile, né con il femminile (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 15).

In conclusione, possiamo assumere che la realtà transgender risulti essere una realtà complessa all'interno di cui tutte le entità costitutive sono egualmente significative. In altre parole, vi è una relazione inscindibile tra il corpo (biologicamente sessuato) e ciò che di esso appare, il vissuto esperienziale, visuale, psichico e narrativo dello stesso e il contesto socioculturale all'interno di cui la persona esiste come tale, con una sua soggettività e individualità. Ed è tale relazione inscindibile, tutt'altro che facilmente afferrabile, che sembrerebbe, più generalmente essere fondamentale per lo studio dell'esperienza vissuta dell'esserci al mondo. A tal proposito, e relativamente alla vasta di gamma di sfumature attraverso le quali la realtà transgender tende a manifestarsi, questo lavoro ha voluto introdurre una cornice che mira a descrivere la realtà delle *persone* transgender. Nonché, le modalità attraverso cui gli stessi viaggiano lungo un percorso di realizzazione di sé. Prima di andare ad approfondire tale cornice conoscitiva si andrà illustrare il modello medico-psichiatrico che regola il percorso di Affermazione di Genere sul territorio italiano.

1.2 Il Percorso di Affermazione di Genere in Italia

In questo paragrafo s'intende offrire una presentazione del percorso di Affermazione di Genere in Italia, sia su una dimensione psicologica e psichiatrica che giuridica e normativa. Relativamente a ciò, saranno esposti dibattiti e controversie sollevate circa le specifiche della nosografia psichiatrica e per quanto concerne l'iter giuridico-normativo.

1.2.1 La Nosografia Psicologica e Psichiatrica

Si andrà dunque a chiarire alcuni passaggi chiave rispetto all'inserimento del "fenomeno transgender" all'interno della nosografia psicologica e psichiatrica. Nel 1980, il *transessualismo* viene incluso per la prima volta nella terza versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-III), inquadrato tra i "Disturbi Psicoseessuali" in una sezione riguardante i "Disturbi dell'Identità di Genere". Le caratteristiche definite essenziali per la diagnosi di tale disturbo eterogeneo erano: un persistente senso di disagio e inappropriata del proprio sesso anatomico e un desiderio persistente di liberarsi dei propri genitali e di vivere come membro dell'altro sesso. Tale disagio necessiterebbe mostrarsi per un periodo continuo di almeno due anni e non essere dovuto a un altro disturbo mentale (APA, 1980). Nell'anno 1990, l'organizzazione mondiale della salute include la diagnosi *Transessualismo* all'interno della classificazione ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Health Problems*) (Drescher, 2010). Invece, nel DSM-IV e nella visione revisionata DSM-IV-TR, il *Transessualismo* viene classificato come "Disturbo dell'Identità di Genere" (DIG), distinguendolo in base all'età del soggetto preso in esame (infanzia, adolescenza, età adulta). Qui, il disturbo si collocava insieme alle "Parafilie e alle Disfunzioni Sessuali" all'interno dei "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere". I criteri diagnostici del DIG comprendevano: una forte e persistente identificazione tra i sessi (cross-gender), un disagio persistente con il proprio sesso o un senso di inadeguatezza nel proprio ruolo di genere che può manifestarsi in un intenso desiderio di acquisire l'aspetto fisico o di assumere il ruolo sociale dell'altro sesso, una non concomitante condizione intersessuale fisica, e un distress clinicamente significativo di compromissione sociale, professionale o altre importanti aree di funzionamento (APA, 2000). Tra le novità significative di tale diagnosi, vi erano l'esclusione dalla diagnosi, le condizioni intersessuali e l'introduzione di un criterio che si riferisce al disagio provocato relativamente alla compromissione della qualità di vita della persona (Crapanzano et al., 2021). Nella più recente edizione del DSM, dell'anno 2013, DSM-V, vi è il passaggio dalla diagnosi del "Disturbo dell'Identità di Genere" a quella della "Disforia di Genere" (DG). Definita all'interno di un capitolo autonomo, la diagnosi di DG si disloca dal capitolo delle "Disfunzioni Sessuali e Parafilie". Inoltre, l'introduzione del termine "Disforia"⁵ mirava a eliminare la nozione di "Disturbo" in termini di un'"Identità Disturbata". Inoltre, intendeva introdurre il disagio soggettivo cognitivo e affettivo provato dalla persona, provocato dall'incongruenza vissuta tra il genere al quale la persona sente di appartenere e il

⁵ Il termine *Disforia* deriva dal greco *dysphoria* composto di *dys-* "male" e un derivato di *phérein* "supportare". Opposto dell'euforia. Utilizzato in psichiatria per indicare un'alterazione dell'umore in senso depressivo, irritabile e nervoso (<http://it.wikipedia.org/wiki/Disforia>).

genere a lei assegnato alla nascita (Crapanzano et al., 2021). Inoltre, viene sostituito il termine “sesso”, prevalente nel DSM-IV-TR, con il termine “genere”. Nello specifico, il termine “sesso” viene definito come attribuibile agli organi sessuali e alla costellazione cromosomica. Invece, con le differenze di “genere” si intendono, nel DSM-V, le variazioni che derivano sia dal sesso biologico che dalla autorappresentazione che l’individuo ha di sé, relativamente ad aspetti psicologici, comportamentali e sociali, e del proprio genere percepito (APA, 2013 in Hartung & Lefler, 2019). I criteri essenziali della diagnosi di “Disforia di Genere” (APA, 2013, pp. 527–537), applicati per tutte le fasce di età, sono: una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e il genere assegnato alla nascita della durata di almeno 6 mesi e, una sofferenza clinicamente significativa o una compromissione funzionale in ambito sociale, lavorativo o altre aree risultante da questa incongruenza. Per i soggetti in età adolescenziale e adulta⁶, vi è inoltre necessaria, la presenza di almeno uno o più dei seguenti punti:

- 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)
- Un forte desiderio di liberarsi (o per i giovani adolescenti, prevenire lo sviluppo) delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, in giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese)
- Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere percepito
- Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato)
- Un forte desiderio di essere trattati come appartenenti al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato)
- Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipiche del genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato)

Dibattiti e Controversie

Le evoluzioni nosografiche sembrano rappresentare un considerevole cambiamento culturale nella comunità scientifica psicologica e psichiatrica, mirando a prestare maggiore attenzione al disagio esperito dalle persone e svincolando tale esperire da quello che è stato definito un “Disturbo di Identità” e cercando così di ridurre lo stigma ad esso associato. Tuttavia, queste

⁶ La diagnosi di Disforia di Genere nel DSM-V include separatamente un insieme di criteri diagnostici per la Disforia di Genere nei bambini. Qui si è scelto di presentare i criteri diagnostici in età adolescenziale e adulta, poiché i soggetti presi in esame, come vedremo nei prossimi capitoli rientravano in tale fascia di età.

evoluzioni non risultano essere soddisfacenti per coloro che auspicano una completa depatologizzazione del fenomeno, nonché, la sua completa esclusione dagli manuali diagnostici psichiatrici per disturbi mentali (Crapanzano et al., 2021). Tale posizione si basa sull'osservazione delle interrelazioni strutturali tra psichiatria, discriminazione e transfobia e sul riconoscimento degli effetti negativi che una classificazione psichiatrica ha sui diritti di cittadinanza delle persone transgender (Suess, Espineira & Walters, 2014). Vi è la richiesta di un cambiamento paradigmatico dell'identità transgender, dal considerarla un disturbo al riconoscerla come diritto umano ed espressione della diversità umana. Così, il dilemma non si collocherebbe nell'individuo transgender stesso, bensì, in un sistema culturale e di valori storicamente specifici dell'identità transgender di una società caratterizzata da normative di genere binari e di transfobia (Neri, 2018; Suess et al., 2014). In altre parole, le persone transgender mettono in crisi il sistema di norme e di valori dominanti relativi al binarismo di genere e le configurazioni di femminilità e mascolinità, che sono normativamente considerati come iscritti nei corpi e nei ruoli sociali. Ma la supposta devianza o patologia accreditata alla persona transgender sembra non avere a che fare con la sua natura anomala, ma piuttosto con la *valutazione* che viene fatta dell'individuo e della sua condotta (Neri, 2018). Il corpo transgender come entità attraverso cui l'individuo interagisce con il mondo, oltre agli suoi attributi fisiologici e biologici è inteso qui come luogo di e soggetto a processi di significazione socialmente condivisi sui corpi, espressione di genere e identità di genere e sulla loro interrelazione. Risulta importante notare che attivarsi verso il processo di depatologizzazione non si concepisce solo con riferimento alla questione transgender, ma si tratta invece di una richiesta più ampia di riconoscimento sociale della diversità di genere e dei corpi, che vale per tutte le *persone* (Suess et al., 2014). Inoltre, una questione significativa è quella di introdurre una prospettiva depatologizzante che tuttavia non rischia di limitare l'accesso a un percorso di affermazione di genere economicamente coperto dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Questo appare fondamentale nel momento in cui tale accesso è assicurato previa diagnosi di DG formulata da un'equipe multidisciplinare specializzato (Crapanzano et al., 2021). Il principio di depatologizzazione aspira infatti sia al diritto di depatologizzazione che al diritto di accesso ai servizi sanitari a carico del SSN (Suess et al., 2014). Di recente è stato proposto un riferimento non-patologico del fenomeno transgender nella 11^a edizione del ICD (ICD-11). Questo riferimento mira a intendere l'assistenza sanitaria relativa al percorso di Affermazione di Genere come un processo basato non sulla diagnosi di un *disturbo mentale*, ma piuttosto in termini di un *diritto umano* per assicurare la copertura finanziaria dei trattamenti ormonali e/o chirurgici che la persona transgender

intende richiedere (Crapanzano et al., 2021; Suess et al., 2014). Nello specifico è stata ridefinita la salute legata all'identità di genere con la diagnosi "Incongruenza di Genere" (dell'infanzia e dell'adolescenza/età adulta), che inoltre è stata esclusa dal capitolo "Disturbi mentali e comportamentali" e inclusa nel nuovo capitolo "Condizioni relative alla salute sessuale" (<https://icd.who.int>). Tale edizione è entrata in vigore dal 1° gennaio 2022, ma non è stata ancora ufficialmente implementata in nessun paese. Così, in Italia, i quesiti di salute delle persone transgender in ambito medico e psichiatrico, continuano essere trattati in relazione alla diagnosi di DG (Fiorilli & Ruocco, 2019).

Ulteriormente, sono stati sollevati alcuni punti di discussione in riferimento ad alcuni criteri diagnostici specifici della diagnosi di DG all'interno del DSM-5 (Schulz, 2018). Nello specifico, un punto critico si sofferma sul fatto che il disagio delle persone transgender è definito come primariamente generato da una incongruenza esperita interna. Tuttavia, vi sono evidenze empiriche che il disagio sia altrettanto motivato da esperienze di non accettazione, discriminazione e stigmatizzazione all'interno del contesto sociale. In altre parole, secondo Lev (2004, in Schulz, 2018), il modello diagnostico sottovaluta la possibilità che il disagio sperimentato dagli individui, in rilevanti aree di funzionamento, possa essere influenzato, o propriamente determinato, dalla risposta della società alla presentazione di non-conformità di genere, piuttosto che essere il risultato di un turbamento interiore della persona. Il Modello di Minority Stress (1995, in Hendricks & Testa, 2012) intende illustrare una cornice per meglio inquadrare i vissuti di queste persone relativamente alla matrice sociale, postulando tre processi attraverso cui le persone con identità transgender e identità di genere non-conforme (TGNC) siano particolarmente esposti a esperienze di vittimizzazione e discriminazione. Sono esaminate le esperienze avverse che gli individui riscontrano nel rapporto con il contesto sociale strettamente legate alla loro identità ed espressione di genere. Da qui deriverebbe l'anticipazione e vigilanza che le persone tendono a mantenere rispetto ad eventuali avvenimenti futuri di queste esperienze, e come ultimo vi è il rischio che gli atteggiamenti negativi e pregiudizi della società vengano interiorizzati, infiltrando il senso e valore di sé esistenziale delle persone TGNC. I partecipanti dello studio di Scandurra, Vitelli, Maldonato, Valerio e Bochicchio (2019) nel contesto italiano hanno riportato i seguenti temi relativi al modello: vissuti di stigmatizzazione e rifiuto soprattutto all'interno del contesto familiare, vissuti invadenti dello sguardo altrui portando l'individuo a vivere il proprio corpo in modo persecutorio e vissuti di transfobia interiorizzata. Un aspetto da non trascurare relativamente a quest'ultimo, è l'elevato tasso di omicidi di persone transgender sul territorio italiano,

ovverosia, il secondo più alto numero di omicidi a livello europeo, dopo la Turchia⁷. Inoltre, la cultura fortemente religiosa e il contesto politico italiano sembrano essere caratterizzati da un conservatissimo sociale e tendenti verso una negazione dei diritti di persone LGBTQ+⁸ (Worthen, Lingiardi & Caristo, 2017).

Una ulteriore criticità rispetto alla nosografia psicodiagnostica della DG è stata sollevata per il motivo che tale diagnosi alimenti una precisa “narrazione di disagio” (“distress narrative”) rispetto al fenomeno, e che tale disagio possa essere alleviato una volta raggiunta una condizione di congruenza tra sesso e identità di genere (Schulz, 2018). Tuttavia, non tutte le persone transgender esperiscono un disagio significativo legato alla propria condizione. È possibile invece che vivano un’esperienza unica di definizione di sé e di crescita personale (es., Riggle, Rostosky, McCants & Pascale-Hague, 2011). Inoltre, Schulz (2018) specifica che la diagnosi si limiterebbe ad una comprensione di genere in termini binari di mascolinità e femminilità, escludendo coloro che non si definiscono in nessuna di tali etichette. La mancata possibilità di accogliere l’esperienza non binaria di genere è stata ulteriormente riportata dagli partecipanti TGNC nello studio di Pulice-Farrow, Cusack e Galupo (2020).

Come ultimo, riportiamo quanto sollevato da Riggs et al. (2019). Gli autori esplorano come le discipline psicologiche (come la psichiatria, la psicologia, la psicoanalisi e la psicoterapia) svolsero e tutt’ora svolgono un ruolo significativo nel modulare le cornici conoscitive delle identità transgender in modi che possono essere definiti “trasformativi”. Si tratta di una visione specifica su ciò che significa essere transgender, enfatizzando una configurazione di caratteristiche precise a cui ci si aspetta che tutte le persone transgender aderiscano. Nello specifico Riggs et al. (2019) illustrano come il DSM e gli Standard di Cura proposti dell’Associazione mondiale per la salute Transgender (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2011), alimenterebbero tali specifiche visioni “transnormative” nonostante vi siano stati diversi evoluzioni nosografiche, in parte, in risposta agli contributi di persone transgender⁹. Le narrazioni dominanti definiti “transnormativi” includono le aspettative che tutte le persone transgender conformano alla “narrazione del corpo sbagliato” (vedi sotto capitolo 1.3.1) nella descrizione del loro vissuto. Un’altra aspettativa è che tutti gli individui richiedano “cure” mediche al fine di esprimere e vivere un’identità di genere in linea con le categorie di genere normative, o al fine di essere percepiti in termini di tali (Riggs et al., 2019). Tali nozioni alimenterebbero così un approccio

⁷ <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/>

⁸ Abbreviazione per persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer.

⁹ Relativamente a questo punto, si è in attesa, per l’anno 2022, di una versione revisionata degli Standard di Cura, nonché la ottava versione degli stessi (Standards of Care, SOC, Version 8).

“riparativo” alla condizione transgender, patologizzandola e medicalizzandola al contempo. Inoltre, se l'obiettivo del modello diagnostico è quello di “trattare” e “riparare” la condizione transgender, sia attraverso la psicoterapia, sia attraverso determinati servizi medici, il risultato di questo "trattamento", nonché la ristabilizzazione della congruenza tra corpo anatomico e genere, implicherebbe, secondo Schulz (2008), la negazione dell'identità transgender in sé, e la dominanza dell'ordine binario delle identità di genere.

In conclusione, e in merito a quanto riportato è possibile affermare che la nosografia psicologica e psichiatrica non sembra poter cogliere appieno le sfumature dell'esperienza vissuta di coloro che si definiscono in termini di una identità transgender o di genere non-conforme. Le persone transgender non sempre si definiscono in termini binari di genere, e come vedremo in seguito, la trasformazione corporea attraverso determinate cure mediche, tipicamente, si realizza in base alle proprie esigenze individuali. Le criticità si accomunano in primo luogo nella *patologizzazione* del fenomeno, sino al punto da rendere l'identità transgender invisibile sforzandola all'interno di un sistema socioculturale normativo sui corpi e sui generi. Inoltre, vi è, in termini “transnormativi”, la condivisione di un approccio “riparativo” alla “condizione” transgender, attraverso specifiche cure psicologiche e mediche. Ciò, oltretutto, contribuisce alla *medicalizzazione* del fenomeno, in cui una visione biomedica s'intende a ristabilire la normatività tra corpo biologico e il genere, tipicamente inteso in termini binari.

1.2.2 Le Tappe Normative e Giuridiche

Entreremo ora in merito all'esplicitare le fasi e le tappe normative e giuridiche entro le quali si svolge il percorso di Affermazione di Genere in Italia. Tale percorso, inclusa l'Affermazione di Genere in termini medici, si orienta agli standard proposti dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG, www.onig.it), che a loro volta si basano sugli Standard di Cura della WPATH (Coleman et al., 2012). In virtù di tali linee guida vi è indicato un approccio multi- e interdisciplinare tra diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, endocrinologo, chirurgo). Le fasi del percorso, le quali si manifestano diversamente da persona a persona in base alle proprie esigenze individuali, comprendono le seguenti (Dalle Luche & Rosin, 2017, pp. 20–26). Si tratta di un iter lungo e faticoso che richiede tempo:

Introspezione. La persona nel corso della sua vita è arrivata a comprendere che il suo malessere deriva da un disagio esperito nel rapporto con il proprio corpo e nel rapporto con il

ruolo di genere che conduce nell'ambito del proprio contesto socioculturale. Comincia così a sentire il bisogno di confrontarsi con qualcuno.

Il contatto con i professionisti. La persona arriva a contattare, tramite associazioni LGBTQ+, consultori o altro, specialisti nell'ambito psicologico.

Il percorso psicologico. Questa fase del percorso di affermazione di genere tende frequentemente ad essere inteso, da parte dei soggetti, come passaggio obbligatorio e tal volta stigmatizzante, e da parte dei professionisti della salute, come passaggio durante il quale inquadrare la persona all'interno di una nosografia psichiatrica (Crapanzano et al., 2021). In virtù delle linee guida proposte dall'ONIG il percorso psicologico è primariamente indicato ad avere la finalità di aiutare la persona ad esplorare i propri vissuti di genere. Altresì, oltre ad avere una primaria funzione di sostegno, mira all'elaborazione delle questioni non soltanto inerenti alle tematiche di genere ma al più complessivo vissuta esistenziale della persona. All'interno della attuale cornice giuridica normativa del percorso di affermazione di genere, il compito del professionista della salute mentale comprende anche di effettuare una valutazione psicodiagnostica del soggetto per diagnosticare la presenza di Disforia di Genere. Relativamente si tratterebbe di garantire che tale diagnosi non sia meglio spiegata da altri disturbi mentali concomitanti a seconda della nosografia psichiatrica (Crapanzano et al., 2021). In tali termini, la diagnosi di DG riveste un ruolo significativo per accedere a un percorso di affermazione, incluso determinati cure sanitarie, e la copertura finanziaria delle stesse dal Sistema Sanitario Nazionale italiano. Nello specifico, nella più recente versione degli Standard di Cura della WPATH (Coleman et al., 2012), la psicoterapia non è considerata una tappa obbligatoria ma è tuttavia "altamente raccomandata" e la documentazione clinica e valutazione psicodiagnostica è esplicitata ad essere necessaria per accedere ad eventuali interventi medici. Andremo, nel paragrafo successivo, ad approfondire alcune caratteristiche e ambiguità specifiche del percorso psicologico prima dell'avvio di eventuali trattamenti ormonali e/o chirurgici.

La terapia ormonale sostitutiva (TOS). Al termine dei primi sei mesi del percorso psicologico si autorizza attraverso la diagnosi di DG la terapia ormonale sostitutiva femminilizzante o mascolinizzante. Secondo gli Standard di Cura della WPATH (Coleman et al., 2012) i criteri per "accedere" alla terapia ormonale includono (1) Disforia di Genere persistente e ben documentata (2) la capacità, dell'individuo, di prendere una decisione pienamente consapevole dando consenso al trattamento (3) raggiungimento della maggiore età dell'individuo, e (4) nel caso vi siano presenti rilevanti problematiche mediche o riguardanti

la salute mentale, devono essere svolti adeguati approfondimenti da parte di un'equipe multidisciplinare professionale. Per quanto concerne l'ultimo punto, la presenza di disturbi mentali concomitanti non preclude necessariamente l'accesso al trattamento ormonale, ma devono essere gestite dinanzi o contemporaneamente al "trattamento" per la Disforia di Genere. Precisamente, lo scopo della terapia ormonale, nonché la somministrazione di ormoni estrogeni o testosterone a seconda del caso, è quello di modificare le caratteristiche sessuali secondarie e per quanto possibile inibire manifestazioni fisiche del proprio sesso biologico di appartenenza. La terapia ormonale è individualmente equilibrata sulla persona e prevede incontri annuali di aggiustamenti e controlli medici supposti a susseguire per tutta la vita, anche dopo eventuali trattamenti chirurgici, al fine di garantire un equilibrio ormonale e metabolico sano.

Il test di vita reale (RLT, Real Life Test). In questo passaggio, tipicamente avviato con l'inizio della TOS, la persona incomincia a vivere e fare esperienza dell'identità di genere a cui si sente di appartenere, per avere così la possibilità di valutare le implicazioni sul proprio benessere psico-fisico. In parallelo è auspicabile che la persona continua a essere coinvolta in un percorso psicologico per continuare a esplorare i propri vissuti di genere ed elaborare i vissuti connessi psicologici e relazionali alle modificazioni somatiche indotta dalle terapie mediche.

L'iter legale di riattribuzione per riassegnazione del sesso. Attualmente, in Italia la Legge 164 del 1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" (L.n. 164/1982) disciplina l'accesso alla terapia chirurgica di conversione sessuale e la successiva rettificazione anagrafica. Dopo l'anno 2011, non è più obbligatorio per le persone transgender procedere con la riconversione chirurgica sostitutiva (RCS) di "adeguamento" degli organi genitali al fine di ottenere il cambio anagrafico. L'Affermazione di Genere viene così considerata un processo di autodeterminazione mediante il ricorso a trattamenti medici e psicologici considerati individualmente necessari. In altre parole, spetta alla persona la scelta delle modalità attraverso le quali realizzare il proprio percorso di affermazione, con il contributo di medici, endocrinologi e psicologi, usufruendo dal procedimento medico ritenuto più opportuno per il proprio benessere psico-fisico. Ciò dimostra, all'interno di un quadro legale, che l'attribuzione di genere, in termini anagrafici, non dipende più dalle caratteristiche fisiche del sesso biologico bensì dall'integrale auto-riconoscimento della persona stessa. La domanda di rettificazione anagrafica deve essere presentata al tribunale di residenza della persona con una concomitante presentazione della relazione clinica (psicologica e psichiatrica) ed endocrinologica. La stessa deve attestare il percorso di affermazione di

genere, la eventuale trasformazione corporea indotta dalle terapie ormonali, nonché la irreversibilità, parziale reversibilità e/o reversibilità della stessa (Crapanzano et al., 2021). I tempi di procedimento giudiziario dell'udienza variano in base a molti fattori e potrebbero richiedere una o più udienze (<https://infotrans.com>).

La Ri-attribuzione Chirurgica di Sesso (RCS). Un ulteriore passaggio, in base alle proprie esigenze individuali, comprende la richiesta di autorizzazione all'intervento chirurgico che deve essere avanzata al tribunale competente di residenza. L'intervento chirurgico (al seno/torace e/o genitale) può essere intrapreso da persone maggiorenni e solo in seguito all'autorizzazione del tribunale. Gli Standard di Cura della WPATH prevedono gli stessi criteri di accesso all'intervento chirurgico al seno/torace sopra elencati per l'accesso alla TOS. Nei criteri di accesso all'intervento chirurgico genitale, si aggiungono invece due criteri: (5) 12 mesi continui di terapia ormonale, e, (6) 12 mesi continuativi di vita nel ruolo di genere congruente con l'identità di genere scelta dal paziente. Inoltre, anche se non si tratta di un criterio esplicito, è raccomandato un parallelo percorso psicologico con un professionista della salute mentale. Gli interventi chirurgici prevedono, nello specifico, l'asportazione degli organi sessuali primari (chirurgia genitale) e secondari (chirurgia al seno/torace) e la ricostruzione di strutture fisiche somiglianti agli organi sessuali del genere desiderato.

Il reinserimento sociale. Già al momento del RLT la persona comincia a trasformare e sconvolgere la propria vita in tutti i suoi aspetti, sociali, lavorativi, affettivi come membro del genere a cui si sente di appartenere, realizzando sempre più ampiamente il proprio progetto identitario psico-corporeo.

Il Follow Up. Al fine di garantire un benessere integrale si ritiene necessario stabilire tre incontri di follow-up, dopo 6, 12 e 24 mesi dalla eventuale ri-attribuzione chirurgica di sesso. Si tratta di sostenere la persona ad affrontare i complessi vissuti psicofisiologici e sociali conseguenti al percorso di trattamento ormonale e/o chirurgico di affermazione di genere.

Dibattiti e Controversie

In questo paragrafo vi saranno presentati alcune specificità, dibattiti e controversie rispetto al modello medico psichiatrico sopra riportato che definisce l'accesso a determinate cure mediche (trattamenti ormonali e/o chirurgici) previa diagnosi di Disforia di Genere. La principale criticità sollevata in merito a questo modello è che la figura professionale della salute mentale assumerebbe un ruolo di "gatekeeper" nonché di "filtro/ ostacolo" per avviare il percorso medico di Affermazione di Genere. Come specificato nelle Standard di Cura della WPATH (Coleman et al., 2012) è compito della figura professionale, come "primo contatto"

con la persona transgender, ad accertare l'ammissibilità e idoneità della persona per eventuali programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici fornendo una specifica documentazione clinica ("letter writing"). La stessa, attraverso un'accurata valutazione psicodiagnostica è tenuta a rilevare la presenza più o meno accertata di una DG e di garantire che essa non sia meglio constatata da altri disturbi mentali concomitanti (Coleman et al., 2012). In altre parole, la figura professionale determinerebbe l'idoneità della persona per accedere a determinati cure mediche nella misura in cui essa possa soddisfare i criteri per la specifica diagnosi di salute mentale (Schulz, 2018). Ne consegue il rischio che le persone transgender, al fine di "ottenere" la diagnosi di DG e di minimizzare "l'ostacolo" alle cure mediche ricercate, tendano ad aderire agli standard e requisiti specifici del modello diagnostico in maniera "transnormativa" e in coerenza con la "narrazione di disagio" ("distress narrative") dominante sull'esperienza di disforia corporea (Schulz, 2018). Così oltre ad abbracciare la narrazione diagnostica del disagio, richiesta per soddisfare i criteri per la diagnosi di disforia di genere, gli individui tenderanno anche di allineare il loro sentire ad una visione binaria di genere al fine di incontrare meno barriere all'accesso dei servizi medici rispetto a coloro che si definiscono in termini non-binari di genere (Schulz, 2018). Dunque, le persone che si definiscono in termini di un'identità TGNC tenderebbero accedere ai servizi di cura come "consumatori informati", consapevoli dei loro obiettivi e delle modalità attraverso cui ottenere la lettura diagnostica che gli garantirà l'accesso ai servizi medici desiderati.

In linea con quanto riportato, una recente ricerca di Brooker e Loshak (2020) ha potuto evidenziare una serie di ostacoli riscontrati da persone TGNC che intendono navigare il modello medico psichiatrico al fine di percorrere un percorso di Affermazione di Genere e realizzazione del sé. Specificatamente in alcuni casi vi è segnalata la mancata competenza e sensibilità da parte di figure mediche primarie rispetto a tematiche inerenti alla condizione TGNC. Ulteriormente è stata percepita, da parte degli individui, una elevata soggettività dei professionisti della salute mentale nell'effettuare la valutazione diagnostica e le difficoltà collegate a ciò per accedere a determinate cure mediche. È stato riportato lo sforzo attuato da parte dei soggetti per allineare i propri vissuti agli criteri diagnostici di DG per facilitare tale accesso. Un ulteriore ostacolo è stato riferito dalle persone che si definiscono in termini di identità di genere non binarie, nel momento in cui le cure mediche sembrano fondarsi su ed alimentare a loro volta, una narrazione di genere in termini binari. Altre esperienze avverse sperimentate nell'ambito dell'assistenza sanitaria erano il *misgendering* (quando più o meno intenzionalmente ci si riferisce agli soggetti TGNC in termini del sesso biologico, anziché in termini dell'identità di genere attraverso la quale la persona si definisce), il *deadnaming*

(quando più o meno intenzionalmente ci si riferisce alle persone TGNC con il nome a loro assegnato alla nascita, anziché con loro nome prescelto) e l'*outing* (quanto deliberatamente o in modo accidentale si condivide l'identità di genere di un'altra persona senza il suo esplicito consenso). Si collega il rapporto di Mizock e Lundquist (2016), all'interno del quale sono stati identificati una serie di vissuti avversi frequentemente riscontrate dagli individui TGNC durante l'accompagnamento psicologico di Affermazione di Genere: l'*education burdening* (l'affidamento al paziente per educare lo psicoterapeuta su questioni transgender), il *gender inflation* (la negligenza di aspetti significativi della vita della persona oltre a questioni legati al genere), il *gender narrowing* (l'applicazione di nozioni preconcepite e restrittive di genere), il *gender avoidance* (la negligenza di questioni di genere), il *gender generalizing* (la generalizzazione di "vissuti transnormativi"), il *gender repair* (la conduzione della psicoterapia come se l'identità TGNC fosse una struttura anomala da risolvere), il *gender pathologizing* (la stigmatizzazione dell'identità TGNC come disturbo mentale) e come ultimo, il *gate-keeping* (la focalizzazione sul ruolo di controllo dello psicoterapeuta per l'accesso al percorso medico di affermazione di genere). Nonostante, questi studi sono stati svolti principalmente sul territorio canadese ed americano, simili evidenze sono stati riscontrati sul territorio italiano. Uno studio ha rilevato che 17% degli intervistati ha subito discriminazione da parte del personale sanitario nei precedenti 12 mesi affrontando curiosità inappropriate, ignoranza verso i propri bisogni specifici e pressioni a sottoporsi a determinati test medici e/o psicologici (D'Ippoliti & Botti, 2017). Una ulteriore ricerca ha mostrato che in Italia i disagi di salute delle persone transgender sono generalmente affrontati in termini dei criteri specifici di una "Disforia di Genere" (Fiorilli & Ruocco, 2019). È stato evidenziato come ciò contribuisce a visioni fuorvianti, come l'idea che l'essere transgender implichi un problema della salute di per sé o che qualsiasi problema di salute sperimentato da queste persone sia legato alla loro condizione specifica. Più generalmente, Fiorilli e Ruocco (2019) delineano che in molti paesi europei vi è la segnalazione di una competenza carente, da parte del personale sanitario, a fornire una assistenza adeguata e rispondere alle esigenze specifiche e individuali delle persone che intendono affermare il genere percepito come proprio.

Per le persone TGNC tali esperienze avverse riscontrate possono significare un ritardo significativo nell'accesso a determinate assistenze mediche di Affermazione di Genere, o l'evitamento completo degli stessi (Fiorilli & Ruocco, 2019). Possono oltretutto influenzare la gravità dei sintomi esperiti, e più generalmente compromettere la soddisfazione del trattamento medico-psicologico e la ricerca di aiuto (Brooker & Loshak, 2020; Mizock & Lundquist, 2016). Malgrado vi siano al giorno d'oggi limitate ricerche sulla sua efficacia, è

stato proposto un modello alternativo, supposto a superare la “medicalizzazione dell’identità di genere”. Si tratta del Modello del Consenso Informato, che consentirebbe agli individui di accedere a trattamenti ormonali e interventi chirurgici senza la necessità di sottoporsi ad una valutazione psicodiagnostica da parte dello specialista di salute mentale per ottenere la diagnosi di DG, per rispettare l’autonomia e il diritto di autodeterminazione degli stessi (Crapanzano et al., 2021; Schulz, 2018). La figura professionale della salute mentale sarebbe tenuta a valutare le capacità cognitive della persona che intende intraprendere una decisione “informata”, anziché contestualizzare il disagio da essa esperita. Tale modello al giorno d’oggi è stato implementato in alcune parti degli Stati Uniti e sembra costituire un passaggio da un modello in cui l’identità transgender è considerata un “Disturbo Mentale” a un modello in cui la stessa è considerata l’espressione di una “Diversità di Genere” (Crapanzano et al., 2021). Così, si mirerebbe a superare i processi di etichettamento psichiatrico e di patologizzazione (Schulz, 2018). Malgrado le ricerche esistenti forniscano un supporto preliminare del modello, come sostiene Schulz (2018), è necessaria una maggiore indagine per esplorare i benefici per le persone transgender che ricevono trattamenti psicologici e medici utilizzando questo approccio.

1.2.3 Considerazioni Preliminari

Ricontestualizzando, l’obiettivo di questo paragrafo è stato quello di offrire una panoramica della realtà transgender, della lettura nosografica psico-psichiatrica della stessa, e del percorso di Affermazione di Genere, incluso le tappe giuridiche, normative e mediche nel contesto nazionale italiano. Relativamente a ciò, sono stati illustrati dibattiti e controversie. Cercando di trarre un quadro conclusivo è possibile assumere che quest’ultimi si accomunano prevalentemente in tre punti interconnessi tra di loro. Il primo si riferisce alla visione *patologizzante* del fenomeno transgender in termini della sua definizione scientifica e del suo inserimento all’interno del Manuale Diagnostico di Disturbi Mentali (Suess et al., 2014). Così, una volta verificata l’“anomalia” e il “distress” individuale, legato all’incongruenza identitaria percepita del soggetto vi sarebbero soddisfatti i criteri diagnostici della Disforia di Genere e vi è concesso l’accesso a determinati servizi medici. Il secondo punto, si configura in termini della visione occidentale dominante del *binarismo di genere*, supposto come inscritto nei corpi e nei ruoli sociali (Gallagher & Bodenhausen, 2021; Hyde et al., 2019). L’impatto di tale visione è profondamente radicato e manifestato all’interno delle relazioni sociali, incluso quelli nell’ambito medico e psicologico. Si rischia così di escludere coloro che non si definiscono attraverso nessuna di queste etichette e coloro che non intendono sottoporsi

a determinati cure mediche di “riattribuzione di sesso”. Vi si collega l’idea della presunta relazione lineare tra sesso (struttura anatomica sessuale) e genere (imposta o appresa condizione sociale e psicologica) (Diamond, 2002). Un ulteriore punto di dibattito, si riferisce ai discorsi “transnormativi” da parte dei professionisti sanitari e di salute mentale (Riggs et al., 2019), che alimentano una visione *medicalizzante* del fenomeno transgender. Nello specifico, questo punto si riferisce al possibile ricorso alla biomedicina per trasformare il “corpo sbagliato” allineandolo all’identità di genere esperita dal soggetto. Ciò a sua volta, confermerebbe la “normalità” di un ordine binario nonché del rapporto lineare tra genere e le caratteristiche sessuali del corpo (Giardina & Zabonati, 2020; Mauriello, 2014). In altre parole, i processi di medicalizzazione sarebbero venuti ad intervenire sulle “contrazioni identitarie” e sulle particolari dinamiche di inclusione ed esclusione ad esse connesse, nonché sui modi attraverso cui il corpo dovrebbe essere visto, pensato e percepito (Mauriello, 2014). Con la medicina occidentale infatti nacque l’identità transessuale per definire coloro che hanno avviato determinati programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici di “riattribuzione di sesso” per “transitare” da un genere all’altro. Come sostiene (Le Breton, 2007a, p. 89): *“La scienza ha una relazione stranamente ambivalente con il corpo: questo è il suo antimodello, essa lo aggira, cerca di rigettarlo, ma nello stesso tempo cerca di riprodurlo coi propri mezzi, in modo maldestro. Forse tutta la storia della scienza non è che le correzioni operate sulla insufficienza (ai suoi occhi) del corpo, d’innomerevoli cancellature per evitare la sua precarietà, i suoi limiti. Tentazioni demiurgia anche di imitarlo, di agire tecnicamente su di lui. Oggi un’altra sfaccettatura si svela sempre con maggiore evidenza: la lotta contro il corpo mostra la sua struttura nascosta, la rimozione che la sosteneva: la paura della morte”*.

Dunque, diversi dilemmi e ambiguità sembrano non poter cogliere e permettere, al punto da negare, le infinite sfumature attraverso cui la persona transgender può definirsi e realizzare sé stessa con e attraverso il suo corpo, incarnandolo. Giunti a questo punto, le questioni che ci si pone sono: chi sono dunque e veramente le persone transgender? In che misura le persone transgender “realmente” possono definire ed esperire sé stessi e il loro genere nel momento in cui questo processo è inserito all’interno di in un contesto socioculturale e scientifico caratterizzato da ideologie, linguaggi e narrazioni socialmente costruiti e condivisi sui corpi, sessi, generi, identità e sulle sessualità? E, soprattutto, come è possibile avvicinarsi a tale definizione ed esperienza vissuta di queste persone ommettendo il quanto possibile visioni patologizzanti, medicalizzanti e binarie rispetto al genere?

Sembra che a tal proposito sia necessario superare un dilemma di fondo, nonché una concettualizzazione dicotomica e binaria dell’esperienza umana in sé che mira, più o meno consapevolmente, a semplificare la complessità della stessa, riducendola, categorizzandola e

trattandola in termini di entità separate. Le categorie dicotomiche alle quali qui in particolare ci si riferisce sono: femminile/femminilità versus maschile/mascolinità; anomalia/devianza versus normalità/norma, sesso versus genere e identità di genere, corpo versus mente, essenzialismo biologico versus costruzione sociale, natura versus cultura. Una visione che si sofferma separatamente su una o l'altra polarità, rischierebbe di non soddisfare una visione integrata e piena del fenomeno complesso. All'interno di quest'ultimo, tutte le entità costitutive e ugualmente significative, dovrebbero più adeguatamente essere assunte interconnesse tra di loro, organizzando a loro volta l'espressione del fenomeno stesso (Morin, 1982, 1985 in Rispoli, 2014). Di seguito andremo ad approfondire il dilemma dicotomico nei modi di intendere l'identità transgender in sé. Vi è da un lato la prospettiva che pone al centro un'essenza determinante e interna dell'identità di genere, nella quale una considerevole importanza è data ai corpi e alla loro funzione (Denton, 2019). Dall'altro lato invece vi è la visione in cui l'identità di genere rappresenta un costrutto socialmente definito.

1.3 Identità Transgender e il Dilemma tra Paradigmi Conoscitivi

Si assume che l'esperienza vissuta di una persona transgender si esprime in termini di un divario esperito tra la definizione e la percezione che la persona ha di sé e il genere a lei assegnato alla nascita. Quest'ultimo è tradizionalmente supposto a corrispondere con il sesso biologico individuato sulla base delle caratteristiche sessuali visibili del corpo. Tuttavia, si è visto che la definizione di sé e del proprio genere, oltre essere un esito di un processo intrapsichico, si organizza in relazione a un sentire corporeo, più o meno consapevole. Il corpo dunque, concorre alla definizione che la persona ha di sé. Inoltre, il tutto, si configura in relazione al contesto socioculturale di appartenenza, che riflette particolari sistemi conoscitivi e performativi socialmente condivisi del e sul corpo e sui modi di essere in sé. Di seguito si cercherà di illustrare le principali lenti conoscitive attraverso cui si è andato a intendere il corpo, il genere e l'identità di genere, che hanno a loro volta organizzato il modo di intendere la realtà transgender in sé.

1.3.1 La Visione Essenzialista e il Corpo Sbagliato

In questo paragrafo si cercherà di descrivere la visione essenzialista sui corpi e sui generi e l'impatto che tale visione ha negli ambiti psicologici e medici, nonché, più in generale nel rapporto con le persone che si definiscono in termini di identità transgender. Si specifica che vi sono una serie di differenti lenti conoscitive che si concepiscono in termini *essenzialisti*, ed è importante definire le modalità attraverso cui distinguerli. Frequentemente le opposizioni

all'essentialismo di genere si basano sull'argomento del riduzionismo biologico, anche definito con il termine *bio-essentialismo*. Tale, equivale a sostenere che il corpo determinerebbe il genere attraverso una specifica conformazione genetica, anatomica e fisiologica in quanto maschio o femmina (Sayer, 1997). Si aggiunge che all'interno dei contesti sociali, vi è una maggiore ostilità e stigmatizzazione nel confronto con persone TGNC, in persone che sostengono la visione laica che il genere sia determinato alla nascita sulla base delle caratteristiche fisiche osservabili (Gallagher & Bodenhausen, 2021; Rad, Shackelford, Lee, Jassin & Ginges, 2019). La opposizione a tale visione è particolarmente rilevante nelle teorie femministe. Le stesse mirano a sfidare la presunta naturalezza della subordinazione delle donne nelle relazioni sociali a causa della supposta superiorità fisica del corpo maschile a confronto di quello femminile presumibilmente considerato più fragile e vulnerabile (Nagoshi & Brzuzy, 2010). Diversamente *l'essentialismo di genere* s'intende in termini del genere supposto come risiedente all'interno dell'individuo come una qualità o un tratto concepito persistente e separato dall'impatto di esperienze personali e sociali (Bohan, 1993). Ciò che accomuna le diverse sfumature della prospettiva essentialista è l'affermazione di una "essenza" interna, determinante, che plasma la natura dell'esperienza umana, minimizzandone la locazione situazionale, socioculturale e storica. Così il punto su cui tendenzialmente si fondano le critiche all'approccio essentialista nelle scienze umane e sociali riguarda la contestualizzazione di identità fisse che deterministicamente produrrebbero caratteristiche fisse e uniformi della persona, anziché permetterne di diversi (Sayer, 1997).

La visione essentialista di genere si ritrova all'interno di discorsi psicologici e medici in termini di visioni transnormative, nonché dei discorsi sul "corpo sbagliato" per cercare di intendere l'esperire transgender (Engdahl, 2014; Riggs et al., 2019). Il termine "sbagliato" si riferisce al corpo biologicamente sessuato come un'entità data e "materiale" che si esprimerebbe in contrasto con l'identità di genere che la persona sente di avere (Bettcher, 2014). Tale nozione si concepisce in termini di un binarismo di genere, nella misura in cui la persona con un genere maschile o femminile innato si troverebbe prigioniera in un corpo "sbagliato" (con caratteristiche sessuali femminili o maschili) (Engdahl, 2014; Giardina & Zabonati, 2020). Ovverosia, l'identità di genere in termini di *essenza* interiore, reale e autentica sarebbe vincolata dalla "materialità biologica" del corpo stesso, il quale si allineerebbe all'identità di genere una volta attuati determinati programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici. Dunque, da una prospettiva *medica* il transgenderismo è concepito come anomalia corporea, nel quale sarebbe il corpo "sbagliato" ad essere l'impaccio (Bettcher, 2014). La narrativa del "corpo sbagliato" si ritrova infatti all'interno della

nosografia psichiatrica del DSM e del ICD attraverso delle modalità che tuttavia nel corso delle evoluzioni nosografiche pongono sempre meno al centro tale nozione. Tuttavia, tale nozione continua persistere collocandosi lungo una dimensione tra aspettative altrui sul corpo (generi assegnati alla nascita sulla base di caratteristiche sessuali visibili del corpo) e l'esperienza interiore di genere e la sua espressione (Engdahl, 2014; Riggs et al., 2019). In sintesi la critica teorica alla narrativa del "corpo sbagliato" come sostenuto da Engdahl (2014) riguarda principalmente la messa in ombra di esperienze corporee di variazione di genere o genere terzi, il riferimento al genere in termini di un essenzialismo genitale, la reificazione del corpo (materialità) e del sé (soggettività) come entità statiche e separabili e la riproduzione di norme binarie di genere. Ne consegue una visione dicotomica e disgiuntiva tra "il corpo e le sue espressioni e percezioni", tra "il corpo e le sue norme di genere circostanti" e tra "il sesso (genitali) dal lato della materialità e il genere (identità, espressione) dal lato della immaterialità e potenziale irrealità". Inoltre, la visione essenzialista non coglierebbe le esistenti esperienze vissute e incarnate delle persone transgender (Bettcher, 2009). Le stesse infatti sono inevitabilmente impiegate nella produzione sociale e culturale di generi normativi e sessi anche dove quest'ultimi si ritrovano in tensione con l'esperienza vissuta di un genere e di sesso incarnato (Salamon, 2010).

1.3.2 La Visione Socio-Costruzionista e l'Identità di Genere Non Binaria

Tendenzialmente le posizioni anti-essenzialiste argomentano in opposizione all'affermazione che l'essere umano sia soggetto ad un determinismo essenziale, ma postulano invece l'esistenza di costruzioni sociali per descrivere l'esperienza umana. Contrariamente a discorsi deterministici, omogenizzanti e repressivi, l'anti-essenzialismo apparirebbe essere una posizione più emancipata (Sayer, 1997). La costruzione sociale del genere è spesso confusa con i processi di socializzazione dello stesso. Tuttavia il genere come costruito sociale non è inteso come originato nell'ambiente, ma piuttosto come un costruito emergente e condiviso all'interno delle interazioni sociali (Bohan, 1993). All'interno del paradigma postmoderno e costruzionista, si considerano l'individuo e le sue pratiche come costantemente inseriti e interagenti con le condizioni storiche, sociali e culturali (Neri, 2018). Ne consegue che il genere e il corpo non possono essere considerate come realtà ontologiche e dati di fatto, ma piuttosto come costrutti di senso e significato che si modellano a seconda delle esperienze personali e sociali all'interno di un determinato contesto culturale (Salvini, 2008 citato in Neri, 2018). Il rapporto tra sesso e genere è quindi inteso come costruito, anziché, lineare come supposto nella visione essenzialista (Neri, 2018). Ovverosia, il corpo sessuato

acquisirebbe significato solo attraverso modalità e narrazioni socioculturali per afferrare la sua fisicità (Nagoshi & Brzuzy, 2010) in relazione a generi socialmente costruiti in termini linguistici e performanti (Butler in Yaghoubi-Notash, Nejad Mohammad & Soufiani, 2019). Nonostante il genere possa essere localizzabile nel corpo, non sarebbe riducibile ad esso (Green in Salamon, 2010, p. 82). In questi termini, come sostenuto da Neri (2018), l'identità di genere è tutt'altra che naturale, individuale, stabile e autentica, ma rappresenta invece un processo costante di costruzione sociale e individuale che si genera e si esprime nelle narrazioni situazionali, intra- e interpersonali. Secondo Butler (1990, in Nagoshi & Brzuzy, 2010) l'identità di genere è il risultato di ripetute performance dei comportamenti attesi del proprio sesso che creano l'illusione di un'identità interiore che starebbe alla base degli stessi. Così, secondo l'autrice non esisterebbe un inerente identità di genere in termini di un'essenza interna. In altre parole, la persona non avrebbe un genere ma lo performa continuamente incarnando i significati di genere di un determinato contesto socio-culturale (Yaghoubi-Notash et al., 2019)

Ora, le identità transgender e la specificità morfologica dei loro corpi costringerebbero inevitabilmente ad una rivalutazione dei discorsi e costrutti condivisi sui generi e sui corpi. Il genere come costruito socialmente definito e i suoi ruoli di genere associati, supposti a corrispondere con le caratteristiche sessuali del corpo, sono stati attivamente messi in discussione dalle teorie femministe. Tuttavia, la messa in discussione del binarismo delle identità di genere è stata più controversa (Nagoshi, Brzuzy & Terrell, 2012). Negli anni '90 è emersa la disciplina della teoria *queer* per rivendicare e rendere visibile l'identità transgender in termini di una critica ancora più estesa alla stabilità delle identità, dei vincoli delle costruzioni socioculturali e del binarismo di genere, postulando la necessità di superamento del binarismo linguistico verso identità "non-binarie" (Bettcher, 2014; Neri, 2018). Come riportato nel sotto capitolo 1.1, il termine *queer* è inteso a indicare coloro che non assumono un'identità di genere precisa o rimangono sospesi in una non definizione di genere in termini binari¹⁰. In questi termini i costrutti sociali sono visti limitanti nel produrre categorie di genere normative (teorie femministe), mentre le configurazioni non-conformi di genere esisterebbero solo al di fuori e oltre le ideologie esistenti sui generi (teorie *queer*) (Salamon, 2010, p. 75). Esistono tuttavia opposizioni a tali prospettive che si riferiscono principalmente al limite posto per le persone transgender nel definire attivamente sé stessi e la loro esperienza di genere autentica e incarnata. In altre parole, la visione socio-costruzionista sembra separare i

¹⁰ Il termine *queer* in lingua inglese tradizionalmente significava "eccentrico", "insolito". Sembra collegarsi inoltre al termine tedesco "quer" che significa "di traverso, diagonalmente" (<https://it.wikipedia.org/wiki/queer>)

generi dai corpi che lo incarnano, rendendo l'*agency*¹¹ e le esperienze reali delle persone transgender invisibili (Bettcher, 2014; Salamon, 2010). Si richiama dunque la necessità di accogliere i corpi sessuati nella costruzione discorsiva degli stessi (Yaghoubi-Notash et al., 2019). Un'altra preoccupazione è, che la teoria *queer*, nonostante mirasse a tutelare e rivendicare le identità di genere non conforme, non lascerebbe spazio alle persone transgender che non si definiscono al di là dell'ordine binario (Bettcher, 2014). Come ultimo, si specifica che nonostante la prospettiva socio-costruzionista non deve essere vista come sinonimo della teoria *queer* e della teoria di performatività di genere è profondamente connessa ad entrambe (Salamon, 2010, p. 76)

1.3.3 Verso un Esperienza Incarnata

Nei paragrafi precedenti si è illustrata la visione essenzialista e socio-costruzionista sui corpi e sui generi, che a loro volta plasmano la realtà personale, sociale e istituzionale delle persone transgender e di genere non-conforme. Se in alcuni casi le persone transgender possono situare le loro definizioni di identità, del senso di sé e della propriocezione del proprio corpo all'interno di questi modelli conoscitivi, in altri casi si collocano al di fuori di entrambi (Denton, 2019), trovandosi così intrappolati nella "teoria sbagliata" (Bettcher, 2014). Nello specifico, nonostante l'approccio essenzialista tenda ad avere svantaggi relativamente alle narrazioni transnormative, patologizzanti e la creazione di tensioni comunitari, gli individui transgender in alcuni casi scelgono di utilizzare tale prospettiva per sostenere e giustificare l'accesso ai diritti e ai riconoscimenti legali (Denton, 2019). Altri invece, si appoggiano all'approccio socio-costruzionista al fine di abbracciare e andare verso la liberazione di esperienze di genere non normative. Mentre il paradigma dell'essenzialità, della natura e della biologia propone l'idea che le identità di genere siano "reali", fisse, e stabili per tutta la durata della vita, il paradigma socio-costruzionista, dell'ambiente, dei processi di socializzazione sostiene invece che siano flessibile, variabili, e costantemente mutevoli relativamente al tempo, al luogo e alle circostanze sociali e storiche (Eliason & Schope, 2007).

Ora, si specifica che qui non si è voluto pregiare o giudicare né una piuttosto che l'altra prospettiva, ma l'obiettivo invece è quello di andare verso una visione che potesse unire entrambe le prospettive. Sayer (1997) sostiene che un essenzialismo radicale, può essere visto sbagliato e pressoché pericoloso. Tuttavia, sostiene che un essenzialismo moderato e non deterministico è necessario per la spiegazione e per una scienza sociale che pretende essere

¹¹ Una espressione utilizzato frequentemente in ambito psicologico per definire la capacità individuale di esercitare un potere causale e di agire attivamente sull'ambiente fisico e sociale, nonché di operare nel mondo consapevole di sé in accordo con il raggiungimento dei propri obiettivi e a seconda di standard e valori personali.

critica e avere un potenziale di emancipazione. Riferisce inoltre che anche il costruttivismo sociale, spesso considerato in opposizione all'essenzialismo, risulta non soddisfacente per quanto riguarda questioni ontologiche e specifiche concettualizzazioni della natura dei fenomeni. Tale approccio ridurrebbe il sentire individuale al di sotto della dominanza dei costrutti sociali e quasi completamente malleabili dagli stessi (Cecco & Elia, 1993). Similmente, Cromwell (1999, in Salamon, 2010), suggerisce che la "comprensione" della realtà transgender e dunque quella dell'esperienza individuale dei soggetti, necessita un compromesso tra la prospettiva essenzialista e quella socio-costruzionista. Precisamente allude all'idea che, mentre le persone possano esperire alcuni aspetti del loro essere come essenziali e reali, l'esperienza di altre sarebbe mediata da processi di costruzione sociale, incluso quelli legati alle ideologie del e sul corpo e sui generi. In altre parole, l'autore illustra la tensione tra l'immediatezza percettiva e reale del corpo e la storicità dello stesso. Così, invece di considerare i corpi e i generi come entità essenziali anziché come entità socialmente costruiti, e di posizionarsi periodicamente su uno o sull'altro lato per spiegare l'esperienza umana, entrambe i modelli dovrebbero essere presi in considerazioni in egual misura (Salamon, 2010, p. 77). In questi termini si specifica che nonostante nella prospettiva socio-costruzionista il corpo sessuato è inteso in termini di costrutto sociale, una forma meno radicale di questo approccio non intende affermare che il corpo nella sua materialità ed esperienza non esista o sia inessenziale. Il corpo sarebbe piuttosto inteso a essere continuamente modulato dal contesto sociale all'interno di cui è inevitabilmente collocato (Salamon, 2010, p. 76). Nello specifico Salomon (2010) difende l'implausibilità di considerare la consapevolezza propriocettiva del corpo come in qualche modo culturalmente trascendente, e sostiene che il corpo postulato in tale visione sarebbe irriconoscibile come umano (p.88). In questo senso, gli aspetti sociali del corpo sedimentati nella storia dello stesso non scomparirebbero mai nonostante la propriocezione del corpo gli renderebbe invisibile (Merlau Ponty in Salamon, 2010, p. 78). Tuttavia, l'autrice enfatizza la necessità di un approccio all'identità di genere che mira essere più integrante e fluido tra il senso di sé, il corpo, il sesso e il genere in termini di esperienze vissute, in cui la materialità corporea e la discorsività sono reciprocamente interdipendenti, relativamente alle forze interpretative di significazione degli stessi (Engdahl, 2014). Salomon fornisce un modello composto da processi socialmente costruiti, personalmente costruiti e incarnati, i quali sono interconnessi tra di loro. Critica il fatto di concentrarsi su idee puramente socio-costruzioniste ("theorized gender") o essenzialiste ("real gender"), e aggiunge un'argomentazione della necessità di incorporare la matrice della comprensione personale di genere che a sua volta influirebbe su

entrambi le prospettive (Salamon, 2010, pp. 71–72). In sintesi, Salomon sostiene l'impatto che le interpretazioni culturali hanno sul significato di una specifica sensazione corporea, ma che l'incarnazione di un genere piuttosto che di un altro è inteso attraverso un intreccio *complesso* tra soggettività, materialità e discorsi sociali di produzione di significato (Engdahl, 2014). Analogamente vi è la teoria transgender di Nagoshi et al.; Nagoshi e Brzuzy (2010; 2012) la quale enfatizza l'incorporazione fluida tra incarnazione e auto-costruzione dell'identità. Questi processi interagirebbero dinamicamente all'interno di un contesto di aspettative sociali ed esperienze vissute. Si esplicita inoltre, come sostenuto da Tauchert (2002 in Nagoshi & Brzuzy, 2010), che mentre una visione bioessenzialista di genere, come essenza interna corporea determinante, rafforzerebbe gli stereotipi tradizionali sui generi e i rispettivi ruoli sociali, la concettualizzazione di genere come un costrutto puramente sociale renderebbe a sua volta problematico il senso di identità che deriva da un corpo che esiste e che è vissuto "realmente". Inoltre, l'autrice considera che l'approccio socio-costruzionista, si focalizzi in particolare sui processi di costruzioni dell'identità di genere alimentando l'idea della dominanza della dimensione mentale su quella che è invece fisica e "reale". Questo, oltretutto, produrrebbe una visione dualistica tra mente e corpo.

Dunque, mentre l'approccio essenzialista sembra pregiare la natura essenziale corporea della persona come determinante, l'approccio socio-costruzionista si focalizza piuttosto sui modi in cui si è appreso di intenderlo e performarlo all'interno di un determinato contesto socioculturale. Più generalmente è possibile concludere che sia necessaria una visione che incorpori sia la dimensione materiale e reale del corpo biologico sia la dimensione soggettiva dell'identità di genere e del senso di sé che si stipula in relazione ad un sistema socio-culturale di produzione di significati (Engdahl, 2014; Nagoshi & Brzuzy, 2010). Si tratta dunque di superare la visione dualistica del senso di sé che la persona transgender ha in contrasto con la materialità morfologica del suo corpo, e andare verso l'esperienza incarnata di questo sentire. A questo punto un interessante contributo può essere appreso da Edgar Morin, per il quale l'unione della divisione tra scienze naturali, umani e sociali era essenziale. Tale unione, dovrebbe essere affrontata con un modo di pensare radicalmente diverso, non disgiuntivo ma connettivo andando verso il confronto con la complessità (Montuori, 2008). Secondo l'autore, non si tratterebbe di un modo di pensare disincarnato ed astratto, ma invece ricco di sensazioni relativi al più ampio contesto sociale e storico, un modo di pensare al contempo trasformativo, auto-riorganizzante e di forza potenziale. Si specifica che qui il termine "complesso" non indica l'opposto di "semplice", ma piuttosto l'opposto di "complicato" (Alhadeff-Jones, 2008). Il termine "complessità" considera processi "semplici"

intrecciati in modo circolare. Inoltre, il paradigma della complessità proposto da Morin aiuta a concepire l'unità e significatività di ogni entità costitutiva invece di trattarle in modo separato (Rispoli, 2014). Più generalmente Morin richiama la necessità del rapporto dialogico (che tuttavia non implica una risoluzione garantita) tra le polarità tradizionali, incluso quella tra corpo e mente (Montuori, 2008).

Di fronte a quanto esposto è possibile affermare che un approccio che permetta di intendere l'esperienza vissuta delle persone transgender debba essere integrativo e fluido nel modo d'intendere il corpo, il sesso, il genere e l'identità di genere. Abbiamo visto come ciò implichi un superamento di visioni polari e dicotomiche, che rischiano di separare il vissuto soggettivo da quello corporeo e sociale dell'esperienza umana stessa. Se è vero che l'obiettivo di annientare questi confini è particolarmente rilevante nella condizione di persone transgender per meglio poter cogliere la loro esperienza vissuta, è ancora più significativa nel contesto psicoterapeutico con gli stessi. Questo permetterebbe di cogliere al meglio le loro esperienze personali di Affermazione di Genere e di realizzazione di sé. Precisando, qui la nozione *esperienza vissuta* si riferisce alle modalità attraverso cui un'esperienza è vissuta in prima persona dell'individuo nel mondo, che, esaminandola, permetterebbe di informare e riorientare il modo di comprendere tale esperienza (Neubauer, Witkop & Varpio, 2019). Così si assume che un approccio terapeutico che si preghi a soddisfare tali obiettivi deve permettere di accogliere la persona nella sua interezza, oltrepassando confini conoscitivi, tra generi, tra natura e cultura e tra corpo e mente.

2 IL MODELLO DI PSICOLOGIA NEO-FUNZIONALE

“Il corpo è la matrice identitaria dell’uomo, è il luogo e il tempo in cui il mondo s’incarna in un volto particolare e unico, è l’asse portante della sua relazione con il mondo.”

(Le Breton, 2021, pp. 19–20)

Il primo capitolo di questo lavoro ha voluto offrire la possibilità di navigare la realtà transgender attraverso diverse traiettorie. Si è andato ad approfondire la nosografia psicologica e psichiatrica, la regolazione giuridica normativa del percorso di Affermazione di Genere in Italia e i dibattiti e controversie sollevate in merito. Questi ultimi hanno potuto essere accomunati principalmente da tre aspetti: la *patologizzazione* e la *medicalizzazione* del fenomeno transgender e la dominanza del *binarismo di genere* che condizionano gli ambiti scientifici, sanitari e sociali. Si è visto inoltre come quest’ultimi siano inevitabilmente mossi dai modi di intendere il corpo, il genere e le identità di genere, attraverso una visione (bio)essenzialista da un lato e socio-costruzionista dall’altro. Più generalmente si è illustrato la dominanza di paradigmi conoscitivi dicotomici e visioni binarie per comprendere l’esperienza umana in sé. Entreremo dunque nel merito, illustrando un modello psicologico che mira ad annientare i confini tra il vissuto soggettivo dell’identità di genere e ciò che invece rappresenta il lato anatomico del corpo sessuato, ovverosia, tra mente e corpo. Così si andrà a osservare la persona transgender e il suo percorso di Affermazione di Genere in termini della realizzazione verso l’esperienza vissuta e piena dell’essere sé stessa.

2.1 Le Origini e il Superamento della Dicotomia tra Corpo e Mente

Il Neo-Funzionalismo, definito anche Funzionalismo Moderno, nasce negli anni 80’ con gli studi, le ricerche e le teorizzazioni di Luciano Rispoli nella Scuola di Napoli, e nella scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (Rispoli, 2014). Le principali radici del Funzionalismo Moderno si collocano nei rapporti di James (1890) e Dewey (1896), nel primo Funzionalismo americano, nonché nella Scuola di Chicago di Angell (1907) e Carr (1925), negli studi sul rapporto tra mente e corpo di Reich degli anni 60’ e nei più recenti contributi di nuove frontiere di ricerca, come la Psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI) (Rispoli, 2014). Nello specifico, le aree di pensiero possono essere riportati in modo riassuntivo nel seguente modo (Rispoli, 2014): già James (1890) riferiva la necessità di un metodo che potesse unire l’approccio fenomenologico con quello genetico-funzionale, in quanto enfatizzava che la realtà psichica in termini di una coscienza immediata sia inscindibilmente e concretamente legata ad un organismo che agisce nel e con l’ambiente. Dewey (1896) fornisce invece lo

studio dell'organismo nel suo complesso, e nel suo funzionamento reciproco con l'ambiente, anziché subito dallo stesso. Si diede così inizio a un cambiamento di paradigma, da modi di intendere le relazioni tra variabili come causalità lineare verso le interrelazioni circolari. Più tardi ancora, Angell (1907) enfatizzò l'importanza dell'attività mentale come parte di un più ampio complesso di forze biologiche che insieme concorrono al procedere di un insieme complessivo. Si aggiungono le teorizzazioni di Carr (1925) e dell'inizio dello sviluppo di un pensiero più complessivo, anziché parziale dell'esperienza umana come nelle correnti psicologiche del comportamentismo, della psicologia della gestalt e della psicoanalisi al tempo. Una ulteriore radice risale agli anni 20', con le teorizzazioni di Wilhem Reich e il concetto dell'*identità funzionale tra psiche e soma*, in cui si afferma l'inseparabilità tra mente e corpo e la necessità di intervenire sul versante corporeo all'interno del contesto psicoterapeutico. Reich richiama il pensiero del corpo come luogo della storia personale, delle emozioni vissute e dello sviluppo della vita a partire dal momento della nascita, e delle emozioni che hanno un risvolto immediato e fondamentale nel contesto socio-culturale e nel muovere la storia dell'insieme (Rispoli, 1997). Da allora iniziò a svilupparsi e diffondersi in differenti correnti, la psicoterapia corporea e lo sviluppo del pensiero Funzionale, che già aveva iniziato a considerare ulteriori contributi delle neuroscienze e della PNEI (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 1). Alcuni di tali contributi comprendevano l'intreccio tra pensiero razionale ed emotività, l'importanza del mondo sensoriale nella costruzione di significati cognitivi, il rapporto inscindibile tra coscienza e attività corporee come la relazione tra sistema neurovegetativo, endocrino e immunitario (Rispoli, 2014). Così, la psicologia Funzionale si sviluppò man mano con l'intento di inquadrare sempre di più e in modo scientificamente nuovo il complesso rapporto tra corpo e mente (Rispoli, 2016, p. 14). A tal proposito il *paradigma della complessità* risultava dar vigore alla teoria del Sé, che sosteneva una costruzione integrata e unitaria per leggere l'organismo vivente (Rispoli, 1997). Si trattava di adottare un'ottica *multidimensionale* che vedesse il particolare e il globale al contempo (Morin, 1985 in Rispoli, 2016, p. 14). A una visione strutturalista, focalizzata prevalentemente sui particolari in modo separato, si è andato a sostituire una modalità che guardasse all'*organizzazione* dei processi costitutivi, senza rimanere intrappolati nelle alternative tra fisicità e psiche, ma andando verso una visione *olistica* (Rispoli, 1997, 2016). Una visione che permettesse una lettura dell'organismo complesso, non solo a livello individuale, ma anche a livello sociale (Rispoli, 2016, p. 14).

“Per superare la dicotomia corpo mente si doveva pensare ad una unitarietà di fondo degli organismi umani, senza ricadere negli errori del riduzionismo e del meccanicismo, e senza

restare intrappolati nel concetto di “parti”, o in totalità troppo generiche ed astratte”.
(Rispoli, 2016, p. 15)

Andando verso un approccio unitario si è cercato così di indagare i rapporti tra *Sistemi* psichici e corporei (Percettivi, Sensoriali, Motori, Posturali, Neurovegetativi, Respiratori) oltreché emotivi, per comprendere appieno il Funzionamento della struttura e del Sistema stesso (Rispoli, 2016, p. 143, vedi la seguente Fig. 1). Si è andato man mano ad abbandonare il concetto del “conflitto tra le parti” e di “suddivisione” delle stesse per avvicinarsi a quello dell’organizzazione, e quindi al concetto delle carenze o alterazioni possibili di questa organizzazione (Rispoli, 2004, p.28). In questo senso, l’organizzazione s’intende essere attiva, di impiego e di dispersione di energia, che agisce in modo ciclico e retroattivo sull’organismo stesso, e attraverso la quale l’organizzazione è in continua trasformazione (Morin, 1982 in Rispoli, 2004, p.29). Tale continua trasformazione non avviene seguendo il principio di omeostasi, ma si parla invece di una modalità reostatica o allostatica, nonché di una modalità che non fa ritornare l’organismo allo stato iniziale, ma lo fa passare ad uno stato altro, sempre a sua volta in equilibrio (Rispoli, 2014).

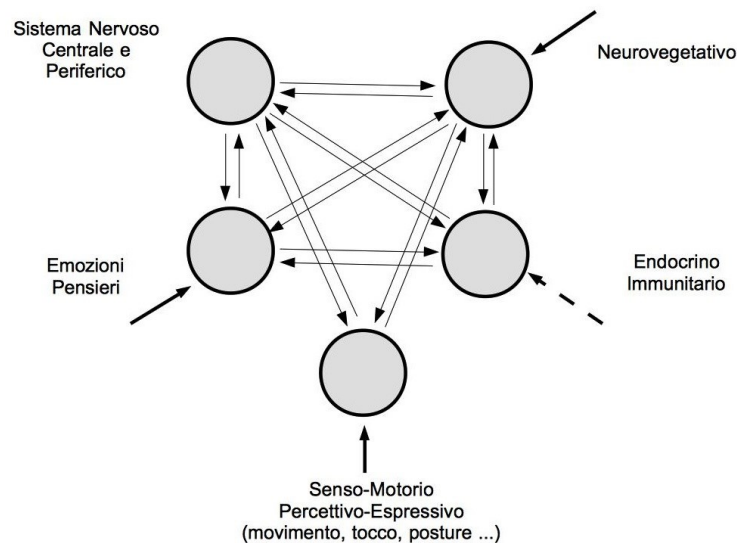


Figura 1. *Sistemi Integrati* (Rispoli, 2016, p.58)

In Figura 1. sono rappresentati i Sistemi, che a loro volta costituiscono il Sistema e l’organizzazione d’insieme che è il Sé. L’inscindibile rapporto tra Sistemi fa sì che una modificazione a livello di un Sistema inevitabilmente produrrà modificazioni su tutti gli altri, nonché una trasformazione dell’intero Sé. Parlare di *Sistemi Integrati*, secondo Rispoli (2016) significa considerare che il Funzionamento dell’essere umano si svolge su più piani, che sono profondamente integrati tra di loro sin dalla nascita. Così la *Terapia Integrata Funzionale* interviene su più Sistemi producendo modificazioni sull’insieme (Rispoli, 2016, p. 147).

Nello specifico nel contesto terapeutico è possibile che la figura terapeutica¹², attraverso lo sguardo, il tocco, il tono di voce, la posizione spaziale, il contatto diretto etc., intervenga direttamente sul Sistema neurovegetativo, sul Sistema senso-motorio e percettivo-espressivo, sul Sistema emozioni-pensiero, quasi direttamente sul Sistema endocrino ed indirettamente sul Sistema nervoso (centrale e periferico) della persona (Rispoli, 2016, pp. 147–149). Nel Sistema neurovegetativo si troveranno i processi regolatori dei sistemi fisiologici interni, nel Sistema senso-motorio e percettivo-espressivo si troveranno i movimenti, le posture, le espressioni facciali, i gesti, il tono della voce, le sensazioni corporee interne e cinestesiche e le percezioni sensoriali, nel Sistema emozioni-pensiero invece si troveranno le emozioni, i sentimenti, il senso di Sé, il razionale, la consapevolezza, il simbolico, i ricordi, le immaginazioni, le fantasie e il controllo e via proseguendo (Rispoli, 2016, p. 57). Ad esempio, una precisa Tecnica del tocco, afferrando il muscolo della persona con una certa forza e buona pressione, porterà la persona a rilasciare il tono muscolare di base e a abbandonare la condizione di ipertonìa (Rispoli, 2016, p. 154). Inoltre i ricettori periferici del sistema nervoso andranno a produrre sensazioni psicofisici di allentamento, a livello endocrino ci sarà un aumento di endorfine ed un senso di piacere, si instaurerà una vagotonia, una respirazione calma e spontanea ed emozioni e pensieri tranquilli (Rispoli, 2016, p. 154). Tale Tecnica, richiama l'esperienza evolutiva di *Essere stati Tenuti* con prontezza, in modo amorevole e protettivo da una figura adulta, un'esperienza che eventualmente non ha potuto essere vissuta in maniera piena e soddisfacente.

In sintesi, il Sistema è inteso come organizzazione attiva, un organismo vivente, il quale implica il confronto con il paradigma della complessità che a sua volta si basa sulle seguenti concezioni (Rispoli, 2004, pp. 30–31):

- l'organizzazione del Sistema stesso si modifica continuamente, relativamente al suo interno ed esterno;
- l'organismo va guardato in termini di cicli retroattivi complessi, nei quali interagiscono sia l'ambiente, sia l'organismo sia i cicli stessi;
- va guardato l'interezza e l'unitarietà del Sistema-organismo, senza cadere in una idea vaga dell'insieme e non perdendo la considerazione del sistema e delle sue manifestazioni vitali, e specifiche;
- si tratta di studiare ed intervenire operativamente sui dettagli dell'organismo senza perdere la visione sull'interezza;
- si tratta inoltre di penetrare le profondità del sistema nei Funzionamenti che sono alla base;

¹² In questo lavoro si è voluto utilizzare un linguaggio inclusivo, che permettesse di oltrepassare il quanto possibile una visione di genere binaria. Per questo il termine tipicamente utilizzato “il/la terapeuta” è stato sostituito con “la figura terapeutica”, mentre il termine “il/la paziente” con il termine “la persona”.

- si tratta di considerare tutti i livelli di Funzionamento del sistema;
- e di andare verso l'integrazione del tutto.

Ora, nel momento di superamento della dicotomia mente-corpo e una volta fornita la concettualizzazione integrata e delle interrelazioni tra Sistemi, era necessario l'abbandono dell'utilizzo dei termini mente e corpo, come lo era l'individuazione di una modalità operativa concreta nel contesto psicoterapeutico (Rispoli, 2004, p. 38, 2017b, p. 23). Così si è andato ad evolvere il concetto di *Funzionamento di Fondo* (*Esperienze di Base del Sé* in età evolutiva, nonché le modalità attraverso cui il Sé si pone nel mondo), il quale a sua volta è costituito da una determinata configurazione di variabili (*Funzioni*, ognuna di esse rappresenta l'intero Sé) appartenenti ai vari Sistemi, ciascuna in una precisa gamma possibile di manifestazioni (Rispoli, 2004, p. 38, 2016, p. 149). Un ulteriore concetto che contribuisce alla comprensione dell'intervento di una psicoterapia Integrata Funzionale, e quella della *Memoria Periferica* (Rispoli, 2004, pp. 43–45). La stessa equivale alla modificazione permanente di alcune Funzioni importanti del Sé (es. tono muscolare di base, respirazione, movimenti, posture, sistema percettivo, sistema propriocettivo) in risposta all'esperienza di momenti e situazioni nel corso dello sviluppo evolutivo che hanno reso difficile la soddisfazione piena dei *Bisogni* fondamentali della persona (Rispoli, 2004, pp. 43–45, 2016, p. 17). I Bisogni fondamentali dell'essere al mondo in ottica Neo-Funzionale comprendono l'Amore, l'Essere Contenuti, il Nutrimento, il Calore, il Percepirsi e Sentirsi, la Curiosità e conoscenza, il Contatto e la Manipolazione, il Progettare, il Movimento, l'Espressione, l'Espansione e la Sessualità, e possono essere concretizzare attraverso precise modalità attraverso cui l'individuo si muove nel mondo (Funzionamenti di Fondo) (Rispoli, 2016, p. 52). I Bisogni sono definiti in termini di “direzioni di vita” lungo le quali avviene lo sviluppo del Sé. Nel momento in cui lo sguardo a tutte le interrelazioni tra Sistemi è pressoché impossibile, a causa dell'elevato numero di variabili, la Terapia Integrata Funzionale interviene proprio sui Funzionamenti di Fondo, che lungo il corso dello sviluppo della persona sono rimasti carenti o alterati (Rispoli, 2004, pp. 208–213, 2016, pp. 149–150). In questo modo agisce sui vari Sistemi e su tutti i piani Funzionali del Sé, allineandosi così al paradigma della complessità.

2.2 Postulati Epistemologici: Funzioni, Funzionamento di Fondo, Attività Umane

Ricontestualizzando, la persona, il Sé, è vista come una organizzazione di Funzioni nonché di Sistemi integrati, che concorrono in modo paritetico a costituire la sua esistenza, in una prospettiva circolare, anziché piramidale, e integrata (Rispoli, 2016, p. 16). Andando così a superare il paradigma delle “parti” o della “linearità”, eventualmente viste come

“contrapposte” e rischiando di frammentare l’esperienza umana, si è costruito la concezione del Sé come un’organizzazione di Funzioni (Rispoli, 2017b, p. 24). Senza perdere lo sguardo sull’insieme, le Funzioni sono intesi a rappresentare il Sé nella sua interezza. In altre parole, la globalità del organismo vivente si esprime e si rivela in ognuna delle sue Funzioni (Rispoli, 2016, p. 20). Più sono integrate, anziché contrapposte tra di loro, più l’organismo si ritroverà in una condizione di benessere e pienezza. Nel contesto psicoterapeutico, si cerca così di cogliere l’andamento generale di queste Funzioni (ad esempio la Funzione “movimento”), nonché, il modo in cui funzionano i Sistemi vitali nella loro interrelazione (Rispoli, 2014). Non si tratta di considerare ogni singolo elemento di movimento, ogni singolo gesto, ogni particolarissima postura, ma piuttosto il modo di muoversi di tutta la persona (ad esempio in modo morbido, brusco, veloce, rallentato) (Rispoli, 2004, p. 212, 2017b, p. 25). Così, l’andamento generale della medesima Funzione, va studiata attraverso le sue caratteristiche in termini di *ampiezza* (gamma di possibili sfumature intese in termini di un continuum tra polarità, es. movimento lento-veloce), *mobilità* (capacità di poter passare abilmente all’altra polarità in base ad esigenze interne o esterne), *modularità* (abilità di stare un tempo sufficiente sia su una che sull’altra polarità) (Rispoli, 2004, pp. 59–61, 2017b, p. 25). Ora, una Funzione è considerata alterata nella misura in cui continua a presentarsi in modo stereotipato e ripetitivo, nonostante vi siano cambiamenti sugli altri piani del Sé o nonostante la situazione esterna non la richieda più (Rispoli, 2004, pp. 53–61, 2017b, p. 27). Tutte le Funzioni sono integrate tra di loro sin dal momento della nascita e permettono all’individuo di attraversare le Esperienze di Base del Sé per consolidare un preciso bagaglio di abilità per affrontare la propria vita (Rispoli, 2004, pp. 48–50, 2017b, p. 28). Nello specifico si prevede una integrazione originaria, nonché dell’insieme armonico di tutte le Funzioni al momento della nascita, che si svilupperanno e complessificheranno nel contatto con il mondo esterno (Rispoli, 2004, pp. 48–50, Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 3). Le Funzioni possono essere pensate suddivise in quattro aree o livelli di Funzionamento¹³: Cognitivo-simbolico (ricordi, pensieri, controllo, razionalità, sogni, simbolico, fantasie etc.), Emotivo (inteso come la coloritura attraverso cui la persona percepisce il mondo), Posturale-motorio (posture, movimenti, gesti, forza etc.) e Fisiologico (sistema respiratorio, cardiocircolatorio, digestivo, nervoso, neuroendocrino, neurovegetativo, immunitario, percettivo, il tono muscolare etc.) (Rispoli, 2004, pp. 39–43, 2016, pp. 20–22). Salendo un livello concettuale Neo-Funzionale immediatamente superiore alle Funzioni psico-corporee, vi sono le Esperienze, nonché i Funzionamenti di fondo che equivalgono alle Esperienze di Base del Sé (EBS) in età

¹³ Tale suddivisione esprime una necessità didattica per lo studio delle Funzioni, anziché una supposizione epistemologica.

evolutiva (Rispoli, 2004, 2014, 2017b). Per evidenziare il significato epistemologico delle stesse, nel presente lavoro, si troveranno tutte con la lettera maiuscola (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 8). I Funzionamenti di Fondo sono supposte a costituire un insieme di Funzioni che in interazione circolare permettono alla persona di adattarsi al mondo circostante, nonché, di muoversi e porsi nel mondo ed efficacemente interagire con esso (Rispoli, 2004, pp. 68–69, 2016, p. 23). Si tratta di Esperienze fondamentali attraverso cui la persona può conservare una configurazione più o meno armonica del Sé nella misura in cui tale Esperienze possono essere più o meno supportate dal contesto sociale circostante. Nel corso dello sviluppo si configurerebbero così le “radici dell’agire” della persona, nonché, vere e proprie capacità consolidate e stabili dell’individuo, che possono essere adottate in relazione con sé stesso e con gli altri quando vi è la necessità (Rispoli, 2004, p. 69, 2016, p. 25). Un Funzionamento di Fondo, come ad esempio la Calma, la Tenerezza, la Forza dunque, si caratterizzano da determinate posture, movimenti, attivazioni neurovegetativa, emozioni, pensieri, presenza di neurotrasmettitori e così via (Rispoli, 2004, p. 69, 2016, p. 26). Nel momento in cui ciascuna delle Funzioni si manifesta in una determinata e precisa modalità tra le polarità che può assumere, anche i Funzionamento di Fondo, costituiti da una precisa configurazione di Funzioni, si esprimono attraverso le caratteristiche di mobilità e modularità, permettendo all’individuo una massima espressione del Sé in rapporto con sé e con il mondo (Dalle Luche & Rosin, 2017; Rispoli, 2004, 2017b). Esempi di Funzionamenti di Fondo, nonché di Esperienze di Base del Sé, la manifestazione delle quali si caratterizza in termini di ampiezza, modularità e mobilità sono le polarità Calma - Vitalità, Tenerezza - Durezza, Forza Calma (affrontare, fronteggiare) - Rabbia. Ora, è importante specificare che, in ottica Neo-Funzionale, non sono le Funzioni direttamente ad alterarsi nel confronto con realtà più o meno facilitanti, ma piuttosto le EBS (Rispoli, 2004, p. 214, 2016, p. 53). L’EBS della Calma, ad esempio, può divenire alterata se l’individuo in età infantile è stato spinto all’Attenzione e alla Vigilanza, non è stato Protetto a sufficienza e/o è stato indirizzato a esasperare l’utilizzo della Rabbia. Tutto ciò, potrebbe poi aver compromesso l’esperienza piena e soddisfacente di vivere la Calma, che invece si manifesta in termini di Funzioni cronicizzate e alterate (es. Posture chiuse e irrigidite, Movimenti inefficaci, Paure incombenti, Aggressività, Respirazione trattenuta, Tono muscolare alto, Insonnia, Fantasie invadenti, Ricordi negativi) (Rispoli, 2016, p. 53).

Un ulteriore postulato epistemologico del Neo-Funzionalismo è quello delle *Attività umane*, nonché “*ciò che l’essere umano intraprende nella vita per la realizzazione di sé e del proprio rapporto con gli altri e la società*” (Rispoli, 2016, p. 28). Esse, non sono, a differenza delle EBS,

intese ad essere presenti sino dall'inizio della vita ma sono invece presenti relativamente alle fasi dello sviluppo dell'individuo (Rispoli, 2014). Sarebbero inoltre determinate da una precisa configurazione degli Funzionamenti di Fondo, nonché delle EBS, comprendendo i settori di interesse e di iniziativa della persona, ciò che fa e intraprende nella vita e ciò che vive in diversi ambiti della sua vita (Rispoli, 2014). Le Attività Umane sono, ma non solo, la Spiritualità, la Sessualità, l'Alimentazione, l'Attività Fisica, il Lavoro e le Relazioni Sociali (Rispoli, 2016, p. 28). Nell'esempio della Spiritualità le EBS costitutive comprendono il Contatto, la Condivisione, l'Amore, il Percepire, l'Abbandonarsi, la Calma e le Sensazioni (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 9).

Il quanto esposto finora può essere riassunto nel seguente modo: *“Il Sé è l'insieme organico ed organizzato di tutte le Funzioni o Sistemi; le Funzioni sono l'espressione del Sé; Le Esperienze di Base del Sé o Funzionamenti di fondo sono l'aggregarsi specifico di Funzioni per rispondere alle richieste ambientali; le Attività Umane rappresentano l'insieme di quei Funzionamenti utili per intraprendere nella vita la propria soddisfazione”* (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 10).

Si è visto dunque che l'individuo come organismo vivente va evolvendosi in relazioni con sé e in relazione con il mondo circostante, il quale può più o meno facilitare la realizzazione armonica della persona. In ottica Neo-Funzionale sia l'individuo che l'ambiente sono considerati due organismi viventi, che si influenzano reciprocamente e all'interno dei quali ogni elemento concorre alla funzionalità dell'intero corpo (Rispoli, 2004, 2014, 2016).

2.3 La Psicoterapia Funzionale

2.3.1 Elementi per la Costruzione della Diagnosi Funzionale

Durante i primi incontri con la persona, la figura psicoterapeutica Funzionale esegue una valutazione articolata e multidimensionale del Sé incorporato del soggetto. Si tratta di un'analisi complessiva dei Funzionamenti psico-corporei rispetto al loro stato di mobilità o di alterazione (Rispoli, 2004, p. 214). La delicatezza nei primi incontri con il soggetto rappresenta un tempo terapeutico “sovrano” per meglio cogliere l'Altro con e oltre il suo sentire (Rosin, 02/2022, Comunicazione Personale). Molti contenuti espressi durante i primi incontri non verranno più espressi, poiché la stessa emergenza dell'iniziare un percorso fa aprire completamente la persona nel suo narrarsi: *“Si tratta di un raccontarsi senza filtri”* (Rosin, 02/2022, Comunicazione Personale). La psicoterapia Neo-Funzionale, in quanto Psicoterapia Integrata e Corporea, è caratterizzata da un'osservazione complessiva della persona che supera i *confini* tra psiche e somatico, tra verbale e non-verbale, tra emozioni e cognitivo, tra simbolico e motorio, tra visibile e invisibile (Rispoli, 2004, p. 263). Possiamo

dedurre, che la figura psicoterapeutica Funzionale acceda a questa osservazione complessiva solamente con e attraverso il proprio corpo, ovvero, attraverso un processo di risonanza psico-corporea “senza confini”. In altre parole, la relazione tra la persona e la figura psicoterapeutica si manifesta su una dimensione intercorporea oltreché intersoggettiva. In fenomenologia, il termine “intercorporeità”, coniato da Merleau Ponty, esprime come all’interno di un incontro faccia a faccia tra due persone ciascuno dei corpi vissuti raggiunge l’altro sulla base di processi di risonanza inter-corporei e incorporazioni reciproche per formare un sistema di significazione sovrastante (Fuchs, 2017). Analogicamente, in ottica Neo-Funzionale, la figura terapeutica coglie una lettura multidimensionale della persona entrando in risonanza con i Funzionamenti della stessa a livello Percettivo, Motorio, Posturale, Cognitivo, Simbolico, Emotivo, Fisiologico (Rispoli, 2004, p. 263). Gli elementi che la figura terapeutica coglie in un’osservazione di una Terapia Integrata sono dunque relativi a tutti le Funzioni del Sé. La diagnosi Funzionale, quindi, non è né sui sintomi né sui comportamenti, ma è sui Funzionamenti di fondo del soggetto, calibrata specificamente sulla persona e la sua configurazione del Sé (Rispoli, 2017b, p. 31). Inoltre, un eventuale disturbo non sarebbe quindi confinabile solo in ambito puramente psichico, o a livello di pensiero della persona. Oltrepassando così una concettualizzazione “tipologica” del soggetto, la diagnosi Funzionale permette di elaborare precise indicazioni operative (Rispoli, 2004, p. 214). Rispoli (2017b, p. 14) specifica che la diagnosi, come l’intende oggi il Neo-Funzionalismo, significa “conoscere attraverso”, guardare e comprendere la persona *attraversando* i suoi modi di essere, nel profondo e non solo in superficie. Più specificatamente, all’inizio del percorso psicologico vengono somministrati due schede: la Scheda Diagnostica Funzionale (Rispoli, 2007) e la Scheda di Valutazione Funzionale (Rispoli, 1995, versione 2011). Attraverso la somministrazione di questi strumenti Funzionali, si avrà un quadro chiaro della globalità e della mobilità Funzionale della persona, in termini di limitazioni o alterazioni, che a loro volta “raccontano” la storia della stessa e attraverso cui è possibile formare il Progetto Terapeutico. La Scheda Diagnostica Funzionale (Rispoli, 2007)¹⁴ permette alla figura terapeutica Funzionale di cogliere come la persona da un Funzionamento sano sia arrivata a una distorsione, ovvero quali episodi ed esperienze della sua vita si sono accumulate durante gli anni e hanno portato un determinato Funzionamento ad alterarsi (Rispoli, 2004, p. 214, 2017a). Si cerca di rilevare quali sono i Funzionamenti alterati della persona, cosa è accaduto realmente nella sua vita durante e oltre il periodo infantile (Rispoli, 2017b, p. 35). Tuttavia non tutti gli episodi sono fondamentali per la diagnosi, ed è per questo che gli episodi possono

¹⁴ A proposito dell’età dei soggetti presi in esame per questo studio, come si vedrà nei capitoli successivi, qui ci si riferisce alla Scheda Diagnostica Adulti (Rispoli, 2007).

essere ricondotti a precise e determinate Esperienze di Base del Sé (Rispoli, 2017b, p. 36). Così, la Scheda Diagnostica Funzionale segue una serie di domande specifiche, sollevate dalla figura terapeutica, per mettere in luce determinati aspetti che non sono, o solo marginalmente, toccati dalla persona ma sono fondamentali per arrivare a comprendere quali EBS si sono alterate nel tempo (Rispoli, 2017b, p. 36). Le aree osservate durante comprendono la motivazione al colloquio, i disfunzionamenti attuali, i disfunzionamenti antichi, la famiglia, lo sviluppo, i giochi d'infanzia, i ricordi, la rabbia e il pianto durante l'infanzia, lo sport, i rapporti con l'altro sesso, la famiglia attuale, i sogni, la respirazione, i dolori e il solletico, la forza e la storia sintomatologica. Come sopra riportato, si ricorda che quando si parla di Funzionamenti alterati, non si intendono solo pensieri negativi o disturbi "psichici", ma si tratta di guardare i Funzionamenti su *tutti* i piani psico-corporei della persona per arrivare a una Diagnosi multi-dimensionale (Rispoli, 2017b, p. 37).

Un ulteriore aiuto alla figura terapeutica per stilare un preciso Progetto Terapeutico è la Scheda di Valutazione Funzionale messa a punto da Rispoli (1995, versione 2011). La stessa è composta da 16 elementi rappresentativi dei quattro piani Funzionali del Sé: il piano Cognitivo-simbolico, Emotivo-affettivo, Posturale-motorio e Fisiologico, e di alcune importanti Esperienze di Base del Sé. La rilevazione dei vari aspetti è eseguita attraverso alcune domande precise e le rispettive risposte dei soggetti e, attraverso l'osservazione dei soggetti in risposta ad alcune Tecniche terapeutiche Funzionali. Per ogni punto la persona viene valutata su 4 livelli possibili di Funzionamento, ossia, da A (livello mobile) a D (livello rigido) (Rispoli, 2004, p. 244). Nell'Appendice vi sono rappresentati alcuni esempi delle Esperienze di Base indagate per ciascun livello di Funzionamento (Appendice A).

Dunque, mediante la somministrazione di questi strumenti si avrà un quadro delle Funzioni complessivi psico-corporei del soggetto rispetto al loro stato di mobilità o di alterazione. Tuttavia, e come sopra riportato, è importante comprendere che non sono le Funzioni direttamente ad alterarsi nel rapporto con il mondo, bensì le Esperienze di Base, ovverosia, i modi attraverso cui la persona agisce e si *muove* – in senso esteso – nel mondo (Rispoli, 2016, p. 53). Così, attraverso l'implementazione di questi strumenti si cerca di comprendere quali EBS siano rimasti carenti o alterati durante lo sviluppo evolutivo e anche successivamente, e di osservare e comprendere come queste Esperienze si presentino nel momento attuale (Rispoli, 2016, p. 118).

Il Diagramma Funzionale

La somministrazione dei strumenti di valutazione Funzionale permettono di configurare un quadro chiaro della globalità e della mobilità Funzionale della persona, in termini di

limitazioni o alterazioni (Rispoli, 2004, p. 263). Specificatamente si avrà una visione dettagliata delle alterazioni che hanno modificato l'organizzazione complessiva del Sé della persona, ovverosia, che hanno portato a Funzionamenti precisi sul piano Cognitivo-simbolico, Emotivo, Posturale-muscolare e Fisiologico (Rispoli, 2004, p. 214, 2017b, pp. 35–45). È possibile raffigurare questo quadro Funzionale della persona e le sue componenti pieni, aperti o alterati che siano, attraverso un Diagramma Funzionale. La figura che segue (Figura 2.) mostra l'esempio del Diagramma Funzionale di un caso clinico riportato da Rispoli, 2004, p.56. Nello specifico vi è rappresentata una “fotografia” della persona, vista in termini di una organizzazione di Funzioni, ovverosia in termini di un insieme organico e organizzato di Funzioni, che determinano l'identità e la complessità della stessa (Rispoli, 2016, pp. 18–19, 2017b, p. 46). Come già specificato, tutte le Funzioni hanno la medesima importanza e sono interconnessi tra di loro in una configurazione che è *circolare* anziché piramidale o gerarchica. Così, ripercorrendo il Diagramma Funzionale, risulta importante non perdere la visione olistica e d'insieme sul Funzionamento complessivo del Sé, all'interno di cui i Funzionamenti sono profondamente interconnessi (Rispoli, 2004, p. 54). Il Diagramma mostra le quattro grandi aree di Funzionamento, “suddivisi” in modo schematico con due assi perpendicolari: la dimensione Cognitivo-simbolica, Emotiva, Posturale-muscolare, e Fisiologica. La ripartizione del Sé è utile per una maggiore chiarezza esplicativa e per una visione immediata sulla condizione Funzionale della persona. All'interno di queste dimensioni è possibile osservare delle alterazioni dei processi Funzionali. Precisamente, è possibile osservare tre tipi di alterazioni (Rispoli, 2004, pp. 53–57). In primo luogo, le *scissioni* sono rappresentate dalla separazione dei cerchi, concernenti i Funzionamenti precisi o aree Funzionali, e si caratterizzano proprio attraverso la tendenza di separarsi tra di loro. Nello specifico, le Funzioni possono condursi in direzioni opposte e contraddittorie, e così ciò che accade su una Funzione o un piano Funzionale può non produrre eventi congruenti in altre Funzioni o sugli altri piani Funzionali. Inoltre, è possibile la formazione di “cortocircuiti” nel momento in cui alcuni processi Funzionali agiscono sganciati dal resto del Sé. Un secondo tipo di alterazioni sono le *iper- e ipotrofie*, rappresentati dalla grandezza dei cerchi, che mirano a riprodurre le Funzioni che nel corso dello sviluppo evolutivo sono divenute esageratamente presenti ed espansi (ipertrofiche) oppure poco sviluppati e quasi assenti (ipotrofiche). Nella figura, possiamo osservare come ad esempio sul piano Cognitivo-simbolico siano molto presenti il Controllo e Pensieri ossessivi, mentre i Desideri e la Progettualità risultano meno evoluti. Un altro tipo di alterazioni sono le *sclerotizzazioni*, rappresentati dall'ispessimento delle linee dei cerchi, e indicano l'alterarsi di una Funzione

nel modo stesso di Funzionamento. Ovverosia, le “gamme” di risposte possibili nei confronti di eventi, sia esterni sia interni, non permettono più una modalità adattiva di interazione con il mondo e nel rapporto con sé stessi. Ad esempio, sono possibili solo pochi Movimenti, un’Emozione si cronicizza, un pensiero diventa ossessivo e ripetitivo, il corpo intero è imprigionato all’interno di un costante stato di “allarme”. In conclusione, questa rappresentazione permette di avere una visione complessiva della persona nel momento in cui si presenta in psicoterapia, guardando a tutti i suoi processi Funzionali psico-corporei contemporaneamente. Questo a sua volta permetterà di realizzare un Progetto Terapeutico preciso e calibrato. Più generalmente, l’intenzione è quella di guardare a ciò che nella storia personale dell’individuo si è modificato e che nell’attuale è rimasto ben visibile sui diversi piani del Sé (Rispoli, 2004, pp. 56–57).

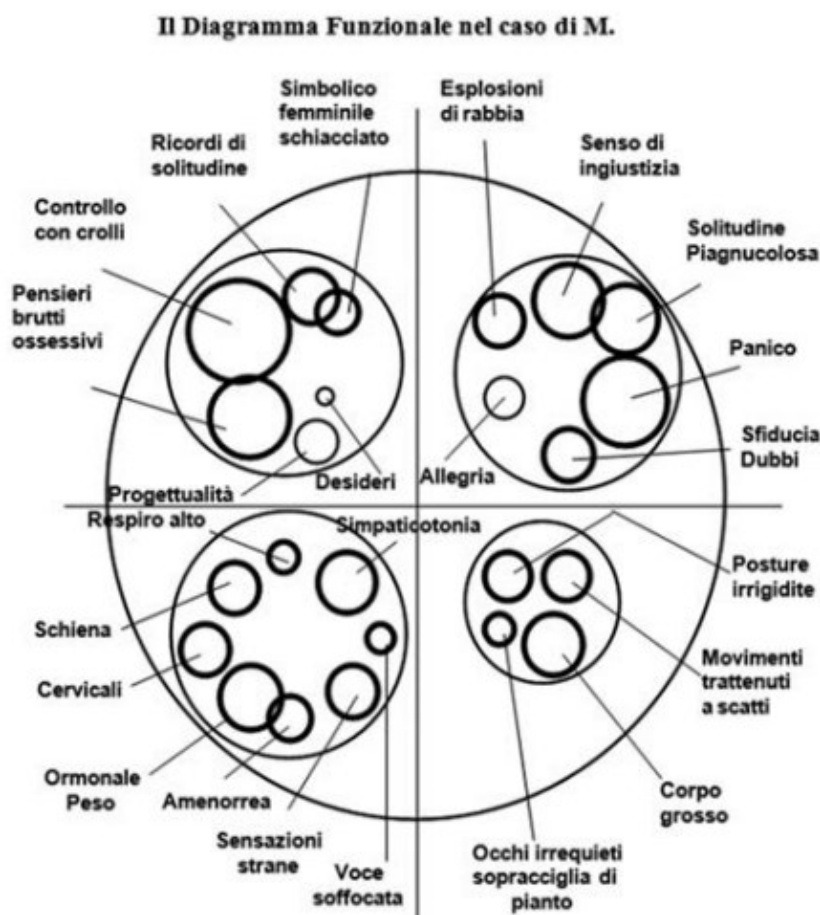


Figura 2. Diagramma Funzionale di un caso clinico (Rispoli, 2004, p. 56)

2.3.2 La Costruzione e Direzionalità del Progetto Terapeutico Funzionale

Una volta somministrati gli strumenti di Valutazione Funzionale, è possibile configurare un quadro chiaro della globalità e della mobilità Funzionale della persona, in termini di limitazioni o alterazioni, che a loro volta permettono di cogliere la presenza, più o meno

piena, delle capacità legate alle Esperienze di Base del Sé (Rispoli, 2004, p. 263). Come sopra riportato, le EBS rappresentano una configurazione precisa dei vari Sistemi di Funzionamento della persona con le quali *agisce e si pone* nel mondo e attraverso cui è possibile osservarla e entrare in relazione con lei, per comprendere i suoi Funzionamenti psico-corporei (Perrella, 2017). Così, la realizzazione di una Diagnosi Funzionale specifica permette di comprendere su quali Funzionamenti si deve agire in terapia per recuperare una condizione di benessere (Rispoli, 2004, pp. 215–216, 2016, p. 27). Nella misura in cui non sono le Funzioni direttamente ad alterarsi nel rapporto con le realtà non facilitanti, bensì le Esperienze di Base e quindi i modi in cui la persona agisce e si muove nel mondo, la Terapia Funzionale, più che rivolgersi direttamente a una Funzione, interviene quindi sulle Esperienze di Base del Sé che durante la storia individuale hanno reso alterata quella determinata Funzione (Rispoli, 2016, pp. 53–55). Così, il Progetto Terapeutico Funzionale aspira a ripristinare, rivivere e riaprire determinate Esperienze di Base del Sé (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 10; Rispoli, 2004, pp. 248–254).

Secondo Rispoli (2004), un altro aspetto di notevole rilevanza è quello di considerare la Terapia Funzionale come un percorso che evolve, in cui un recupero delle EBS alterate si svolge per fasi successive che possono essere più o meno s-confinata tra di loro. Nello specifico si intende che gli interventi della figura terapeutica sui vari livelli Funzionali non possono essere eseguite nello stesso momento, ma piuttosto in fasi successive a seconda della persona, delle alterazioni, delle sconessioni e disarmonie e della storia personale del soggetto (Rispoli, 2004, p. 214). Lo svolgimento della Terapia cambia sostanzialmente da una fase all'altra per quanto concerne le modalità relazionali e l'intervento terapeutico (Rispoli, 2004, p. 218). Questo punto sarà ulteriormente approfondito nella delineazione della metodologia di analisi del cambiamento in psicoterapia.

Si assume che le psicoterapie cambiano le persone, le modificano, le ricostruiscono, le accompagnano verso una configurazione diversa del Sé. I fattori di cambiamento nella psicoterapia Funzionale integrata si esprimono nel riequilibrare complessivamente il Sé, nel rimobilizzarlo a tutti i livelli Funzionali e nel ricostruirne l'integrazione (Rispoli, 2004, p. 215). Il cambiamento lo si ha solo se la persona riesce a modificare i propri Funzionamenti attraverso la ricostruzione e riapertura in modo preciso delle antiche EBS che si sono alterate o che sono rimaste carenti e non sviluppati (Rispoli, 2004, p. 215, 2016, p. 138). Rispoli esplicita che non si tratta di far sì che la persona si “muova” o che si “esprima”, poiché questo significherebbe cadere nelle *vecchie tracce* e ripercorre gli stessi Funzionamenti alterati cronicizzati e ripetitivi. Si mira invece di accompagnare la persona a uscire dai suoi

disfunzionamenti e di aiutarla a modificare concretamente il modo in cui si muove. A questo si collega il fatto che nella misura in cui le EBS sono costituiti da una configurazione estesa a tutti i vari Sistemi Integrati (livelli di Funzionamento), ogni tecnica Funzionale attuata inevitabilmente influirà sul Sé nella sua interezza (Rispoli, 2016, p. 139). Ora, ci si chiede cosa si è inteso con il termine “cambiamento” rispetto alla questione: in che misura permane o non permane all’interno dell’individuo un nocciolo duraturo “identico a Sé”? Tale questione sembra essere ancora più significativa nel lavoro terapeutico con persone transgender, le quali auspicano di viaggiare da un luogo doloroso verso un luogo *altro* in cui intendono trovare sé stessi (Dalle Luche & Rosin, 2017). Secondo Benasayag, Del Rey e Missana (2016) la *situazione presente* va intesa in termini multidimensionali, anziché in termini di un territorio individuale, va intesa come insieme organico convergente di elementi diacronici e sincronici nel quale l’individuo esiste come molteplicità in connessione con altre molteplicità. A tale affermazione si collega il paradigma della complessità in ottica Neo-Funzionale, e più precisamente la concettualizzazione dell’essere umano come organismo complesso che a sua volta agisce e si muove in rapporto inscindibile e continuo con l’organismo complesso della società, dentro la quale ogni elemento contribuisce all’armonica funzionalità dell’intero “corpo” (Rispoli, 2014). Dunque, sarebbe illusorio intendere il cambiamento e lo stravolgimento del Sé in sensi dicotomici, che separa in modo netto il prima e il dopo, il genere sessuale assegnato alla nascita e quello in divenire, ma incorporano la realizzazione di un Sé complesso e integrato che si esprime in un rapporto inscindibile con il mondo in un determinato momento: *“Il Progetto Terapeutico [con persone transgender] procede con una sua progressione, non a salti, verso l’interezza, verso la trasformazione del Sé, che cambia, evolvendosi. Tuttavia, rimane un nucleo di fondo, il processo non è distruttivo ma ricostruttivo. Io, come Psicoterapeuta, trasformo quello che c’è”* (Rosin, 02/2022, Comunicazione Personale). Tale citazione esplicita l’elemento di *continuità* anziché di *discontinuità*. Il cambiamento è inteso come *processo di mutamento, trasformazione, variazione* piuttosto che come processo di *sostituzione*. Permane “un nucleo di fondo” rappresentativo di un organismo complesso di Sistemi Integrati, che mutua, si trasforma, cambia in rapporto con la realtà, e precisamente all’interno di un processo terapeutico preciso e indirizzato al Funzionamento multidimensionale della persona.

2.3.3 Il Corpo in Psicoterapia Funzionale

“Corpo è mente non sono entità separate ma un tutt’uno integrato, sin dalla nascita. ... Il corpo è sempre presente, dunque, anche all’interno della relazione terapeutica, nei suoi processi di comunicazione e di interazione” (Rispoli, 2016, p. 135). Così, anche il corpo è inteso a narrare

la sua storia attraverso periodi di silenzio, inflessioni vocali, gesti, posture e la sua rigidità etc., che comporta una relazione terapeutica basata sia su una comunicazione verbale che non verbale (Perrella, 2017). Nella misura in cui la persona è accolta nella sua globalità, la stanza in cui si svolge la psicoterapia deve essere abbastanza ampia da permettere il movimento e l'espressione libera del corpo. Inoltre, tipicamente vi è presente una superficie morbida (circa 2x2m, un letto o un mucchio di materassi) sui cui gli individui sono invitati a sdraiarsi e la figura terapeutica ha la possibilità di sedersi vicino alla persona attuando Tecniche specifiche come ad esempio di tocco-massaggio o di regolazione della postura della persona. È possibile anche che la figura terapeutica cambi posizione, oltre che tono di voce, etc., per accompagnare la persona in Tecniche Funzionali di visualizzazione e di movimento. Come sopra riportato, sulla base della Valutazione Funzionale, la Terapia Funzionale porta la persona a rivivere determinate Esperienze di Base del Sé, utilizzando una o più Tecniche Funzionali (Rispoli, 2004, pp. 227–230, 2016). Le modalità d'intervento comprendono ad esempio: tecniche di respirazione; tecniche ad aggiustare le posture; tecniche del tocco; il recupero di sensazioni e percezioni connesse con la realtà; la ricostruzione dei ricordi e costruzioni di “ponti” con il presente; gli effetti fisiologici a seconda dei Funzionamenti che si devono riaprire e recuperare; gli effetti sulle soglie percettive e di allentamento; etc. (Rispoli, 2016, pp. 150–152). Nella sezione allegata a questo lavoro vi sono alcuni esempi di Tecniche attuate relativamente a precise Esperienze di Base del Sé (Appendice B).

2.4 La Lettura Funzionale dell'Identità Transgender

Di fronte a quanto esposto entreremo ora in merito ad introdurre l'applicazione del modello Neo-Funzionale alla realtà transgender. Dal punto di vista di Salamon (2010), un approccio terapeutico non-patologizzante che mira alla comprensione della realtà transgender e mira a sfidare la visione binaria di genere, può essere facilitato nel momento in cui la teoria di fondo aspira, in maniera analoga, a oltrepassare una concettualizzazione binaria di mente e corpo. Così, il Neo-Funzionalismo permette di avvicinarsi all'esperienza vissuta della *persona* transgender guardandola nella sua interezza e collocandosi in una relazione inscindibile tra corpo e mente attraverso una concezione in cui non è né esclusivamente il corpo, né esclusivamente il modo attraverso cui si è appreso di intenderlo, ad essere l'impaccio. Secondo il Neo-Funzionalismo il corpo della persona transgender rappresenta “solo” una Funzione del Sé, dentro la quale s'incarna il disagio del *vivere*, ossia il desiderio di *essere sé stessi* (Dalle Luche & Rosin, 2017), nel momento in cui tutte le Funzioni in modo paritetico esprimono la globalità del Sé. Il problema dunque, in ottica Neo-Funzionale, non risiede nel

corpo, ma nel disagio di poter essere sé stessi, e di vivere un Sé armonico. In modo analogo, la Terapia Funzionale non mira ad individuare determinati sintomi, comportamenti o strutture psichiche, più o meno collegate alla definizione della propria identità di genere, ma guarda piuttosto il Funzionamento multidimensionale della persona studiandone l'andamento, lo sviluppo ed eventuali disarmonie. In altre parole, all'interno del sistema complesso del Sé tutti i Sistemi costitutivi, e quindi mente e corpo, sono interconnessi tra di loro in modo circolare, anziché in modo lineare (Rispoli, 2004, pp. 37–38, 2016, p. 23). Inoltre, inevitabilmente, il Sistema complesso del Sé è, a sua volta, in rapporto con il Sistema organico e complesso che è il mondo. Di conseguenza, in ottica Neo-Funzionale, l'esperienza vissuta della persona transgender si esprime tramite una duplice valenza, ovverosia, quella di un'eventuale crisi interiore relativa all'esserci al mondo e quella del rapporto con lo stesso. In Figura 3 vi è rappresentato un Diagramma Funzionale elaborato dalla Dott.ssa Roberta Rosin, Psicoterapeuta Funzionale e correlatrice in questo progetto, sulla base della sua esperienza lavorativa nell'ambito psicoterapeutico con persone transgender. Nello specifico, il Diagramma mira a illustrare la configurazione Funzionale psico-corporea delle persone transgender, nonché del disagio esperito dagli stessi, durante il primo periodo del loro percorso di Affermazione di Genere. Come è possibile osservare, vi è un'esperienza mentale e cognitiva sclerotizzata e invasa da elementi negativi. Tale appare essere relativa, ma sicuramente non solo, all'attesa della trasformazione corporea fisiologica, indotta da eventuali trattamenti ormonali e/o chirurgici. Nello specifico, quest'ultima è spesso considerata dai soggetti a “risolvere” i propri disagi esperiti derivanti sia da un turbamento interiore sia da una relazione con il mondo. Inoltre, ciò sembra riflettersi in una condizione di vigilanza e tensione a livello fisiologico, in una condizione emotiva oscura e in un vissuto corporeo trattenuto in termini di posture e movimenti. Ritorneremo a riconsiderare questa illustrazione una volta conclusa l'analisi dei dati.

DIAGRAMMA FUNZIONALE INCONGRUENZA DI GENERE

Roberta Rosin (2019)

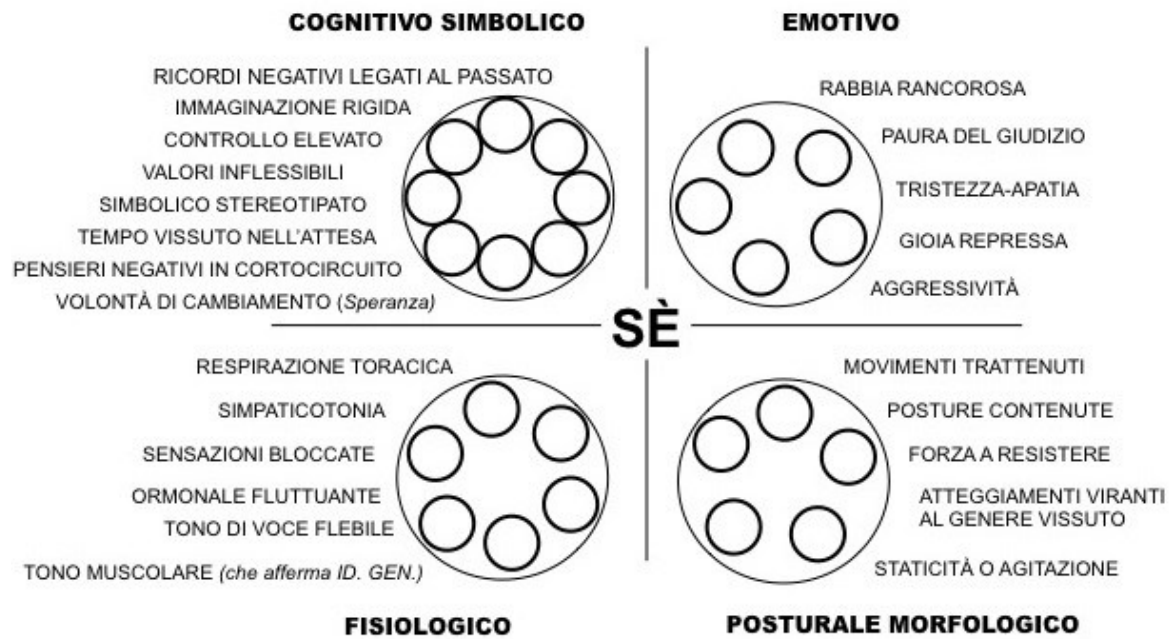


Figura 3. Diagramma Funzionale sull'Incongruenza di Genere elaborato da Roberta Rosin, 2019.

3 IL PROGETTO DI RICERCA

“Siamo persone che dalla frammentazione ci siamo appropriate della nostra interezza affrontando ciò che la vita ci poneva davanti.”

(Aurora, AMAB in Rosin, 2022)

3.1 Obiettivo della Ricerca

Il presente progetto di ricerca mira a esplorare l'esperienza vissuta di due persone transgender (AFAB e AMAB) accompagnate in un percorso psicologico seguendo l'area di pensiero Neo-Funzionale. Questo percorso si è realizzato durante il loro percorso di Affermazione di Genere e ci si è focalizzato sul periodo prima dell'avvio di eventuali programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici. Come si è visto nel capitolo primo di questo lavoro, il percorso psicologico rappresenta una fase integrante e dibattuta nel protocollo giuridico-normativo del percorso di Affermazione di Genere per avviare tali trattamenti medici femminilizzanti o mascolinizzanti. Di conseguenza, esso tende spesso a ridursi a un incontro formalizzato e rischia di essere inteso dai soggetti come obbligatorio e/o discriminatorio, e, da parte dei professionisti di cura, come un'analisi di dati personali per meglio inquadrare il soggetto all'interno di una nosografia psicologica e psichiatrica (Di Gregorio, 2019, p. 113). L'obiettivo del presente progetto è indagare come il percorso psicologico, all'interno di una cornice epistemologica Neo-Funzionale, possa consentire un accompagnamento che vada oltre una concettualizzazione normativa e verso una configurazione incarnata e integrata del Sé alla quale il soggetto sente di appartenere. Valuteremo così le modalità attraverso cui l'accompagnamento psicologico prima di una trasformazione corporea in termini “fisiologici”, possa essere riconsiderato come tappa preziosa all'interno del percorso di affermazione del Sé. L'assunzione principale è quella che una persona transgender, tramite un accompagnamento psicologico Neo-Funzionale, possa essere accompagnata ad elaborare il proprio disagio esperito e proseguire verso una realizzazione piena dell'essere sé stessa. Relativamente a ciò, si assume che la persona transgender, in particolare, ma non solo, prima di eventuali trattamenti medici, vive un'esperienza corporea nella quale prevale un sentimento di *avere* un corpo, anziché di *esperirlo* e di *viverlo*, ed che in tale ambiguità il corpo (con determinati caratteristiche sessuali primarie e secondarie) è vissuto come non rappresentativo del soggetto che lo abita (Di Gregorio, 2019; Langer, 2016). In una prospettiva fenomenologica, la concettualizzazione processuale di “incarnazione”, esprime l'evoluzione da un corpo percepito come estraneo (Körper) verso un corpo vissuto ed esperito attivamente (Leib) (Husserl, 1960, p. 160), all'interno di cui il senso di sé e il corpo possano essere tra di

loro intrecciati in modo inscindibile. Analogamente, il cambiamento e l'espansione del Sé in ottica Neo-Funzionale rappresentano un processo all'interno di cui la persona può ripristinare - o andare verso - un'esperienza armonica su *tutti* i livelli Funzionali del suo essere umano, e non solo attraverso una trasformazione corporea in termini fisiologici. Il tutto, inevitabilmente, si colloca in una relazione con il mondo sociale in cui la persona vive. In questi termini la risoluzione dell'eventuale *mal-essere* esperito, non solo s'intende con l'obiettivo di allineare l'identità di genere della persona con il suo corpo sessuato, ma si tratta piuttosto di aiutarla a vivere un'esperienza piena di essere sé stessa, nel rapporto con sé e nel rapporto con il contesto socioculturale circostante. Dunque, si assume che questo processo di "prender corpo e vivere un corpo", ovvero, di cambiamento e stravolgimento del Sé, attraverso l'approccio Neo-Funzionale e un Progetto Terapeutico preciso, possa incominciare già prima del percorso ormonale e/o chirurgico attuato apparentemente "sul corpo" (Rosin, 02/2022, Comunicazione Personale). In questo modo il processo può essere inteso come una parte integrante di un vero e proprio progetto identitario sconfinante, oltrepassando una visione dicotomica di mente e corpo e tra il Sé e il mondo. Ancora, la risoluzione del disagio esperito dal soggetto in termini di una crisi interiore e nel rapporto con il mondo, non è intesa nel suo divenire unicamente attraverso il "trattamento medico" ma si tratta invece di aiutare il soggetto, attraverso la rimobilitazione Funzionale e la ricostruzione delle Esperienze Basilarie del Sé a ripristinare un'esperienza piena e complessiva della propria esistenza (Rispoli, 2004, 2014, 2016).

Difronte a quanto esposto, l'obiettivo del presente studio è quello di offrire una lettura dell'esperienza vissuta dei soggetti transgender, nonché l'eventuale disagio esperito relativamente all'incarnare un'identità di genere non in linea con la norma, attraverso l'applicazione del modello della psicologia Neo-Funzionale. Pertanto, si andrà indagare la fase di accoglienza della Terapia Funzionale, illustrando la manifestazione alterata delle Esperienze di Base del Sé costitutivi dei Progetti Terapeutici Funzionali. Un secondo obiettivo è quello di esplorare il cambiamento e lo stravolgimento del Sé lungo il percorso di psicoterapia Neo-Funzionale, nonché l'andare verso un'esperienza piena e incarnata dell'essere sé stessi. Si assume che esso si manifesti nel Funzionamento complessivo del soggetto, su *tutti* i piani Funzionali del Sé, che a sua volta si configura nell'attraversamento di precise EBS che lungo il percorso della vita dell'individuo sono rimaste carenti e/o alterate. Si assume che tutto ciò riecheggerà nell'esperire identitario della persona transgender, nella misura in cui l'identità è inscindibilmente incorporata nell'organizzazione complessa e piena che è il Sé (Rispoli, 2016, p. 22).

3.2 Il Setting Terapeutico Funzionale

3.2.1 La Psicoterapeuta

La Dott.ssa Rosin è Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale, nonché socia della Società Italiana Funzionale di Napoli (S.I.F) dal 1994. Inoltre, è docente e supervisore nella Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale Corporea (S.E.F) e presidente dell'Associazione Con-Te-Stare Sportello attivo Transgender, quest'ultima con sede legale a Padova. L'Associazione Con-Te-Stare, formata da soci volontari, accompagna le persone transgender in tutti i passaggi necessari nell'attuare una Affermazione di Genere consapevole e assistita. Come specificato all'interno del Statuto associativo (2017), si ispira agli obiettivi e principi dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG, www.onig.it) in termini di sviluppo e collaborazione tra realtà interessate all'approfondimento e divulgazione a livello scientifico e sociale delle tematiche riguardanti il transgenderismo. Rosin intende l'accompagnamento psicologico di persone transgender, prima e oltre l'eventuale trattamento ormonale e/o chirurgico, come un "percorso di frontiera" non solo per i soggetti ma altrettanto per gli operatori coinvolti a vario titolo nel percorso (Dalle Luche & Rosin, 2017). Mentre i soggetti viaggiano lungo una frontiera da un luogo doloroso, verso un luogo Altro nel quale auspicano di trovare sé stessi, gli operatori sarebbero a loro volta chiamati a rivalutare le proprie "frontiere" conoscitive, soprattutto rispetto alla loro concettualizzazione di identità di genere e del rapporto tra corpo e mente.

Di seguito presenteremo i Progetti di Terapia Funzionale sviluppati ed implementati nei percorsi psicologici presi in esame. Ai soggetti transgender ci si relazionerà con i nomi Marco (AFAB) e Alessia (AMAB), i quali sono intesi a rappresentare, in maniera anonima, i nomi d'elezione degli stessi. Nello specifico, si andranno a definire le Esperienze di Base del Sé in ottica Neo-Funzionale prima di esporre la metodologia dello studio di casi clinici e di analisi dei dati. Inoltre, si specifica che per quanto alcune delle EBS delineate possano essere supposte come "tipiche" per la condizione transgender, qui vengono intese come individualizzate e calibrate sulle esigenze personali di ciascuna persona.

3.2.2 Il Progetto Terapeutico Funzionale di Alessia (AMAB)

Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)

Secondo il Neo-Funzionalismo, l'EBS Essere considerati rappresenta un'Esperienza di Base del Sé fondamentale per l'individuo, che permette uno sviluppo di crescita pieno e felice (Rispoli, 2004, pp. 122–125). La consapevolezza del Sé e lo sviluppo della propria identità e

individualità, oltre ad essere fondata su una percezione interiore anziché corporea, include una matrice sociale e accresce attraverso l'interazione con il mondo. Lo sguardo e l'ascolto altrui, soprattutto da parte delle prime persone di riferimento, sono essenziali per soddisfare il bisogno del bambino di costruire e accrescere un senso positivo di Sé (Rispoli, 2004, p. 122). Il periodo evolutivo rappresenta una fase di vita fondamentale in termini di socializzazione, costituita dall'apprendimento di un complesso sistema di valori e significati socialmente costruiti e condivisi, la differenziazione del proprio Sé e le proprie sensazioni e sentimenti da quelli altrui, oltre che la maturazione delle modalità comunicative verbali e non verbali (Rispoli, 2004, p. 122). Per la costruzione di una propria esistenza nel mondo, attraverso l'interazione con esso, risulta necessario ricevere protezione, incoraggiamento e approvazione soprattutto da parte delle persone vicine, come i genitori. In, ottica Neo-Funzionale, il bambino ha bisogno di Essere Visto e Protetto da uno sguardo amoroso, nutriente e rassicurante dell'adulto, consentendogli di esplorare il mondo in modo sicuro. Secondo Rispoli (2004), in questo periodo di vita, l'adulto costituisce una figura fondamentale di aiuto, protezione e incoraggiamento con il compito di ascoltare con serietà, comprendere appieno, aiutare e Valorizzare le esperienze e successi di crescita del bambino.

Durante il periodo evolutivo il vissuto di non Essere Considerati porterà l'individuo a non sentirsi rafforzato nei suoi sforzi di apprendimento e crescita, rischiando di sentirsi al contrario incompreso, criticato, svalorizzato o scoraggiato (Rispoli, 2004, p. 123). Secondo l'autore, l'alterazione comporterebbe uno sviluppo sfavorevole, non solo nelle modalità di acquisizione di capacità, ma anche nella costruzione di una consapevolezza e valorizzazione positiva di sé. Ad esempio, l'individuo potrebbe attuare atteggiamenti vittimizzanti rispetto alle proprie capacità di fronteggiamento dei compiti di sviluppo che incontrerà lungo la strada della propria crescita. Oppure, in modalità oppositiva, potrebbe trovarsi a sovrastimare le proprie capacità e di conseguenza rimanere eccessivamente deluso e scoraggiato in caso di fallimento. A questo rischia di collegarsi l'incapacità di apprendere gradualmente, valorizzando e utilizzando in modo adeguato le proprie abilità, nonché la ricerca e l'accettazione dell'aiuto altrui (Rispoli, 2004, p. 124).

Questa Esperienza di Base rappresenta un'esperienza significativa nella vita di una persona transgender, a livello sincronico e diacronico. La mancanza di Essere Visti e Valorizzati dal mondo esterno per chi si è e per chi ci si sente di essere, può ostacolare l'individuo di vivere e realizzare un Sé autentico. Questo, a sua volta, può rappresentare una fonte di disagio significativa per la persona, soprattutto all'inizio e durante il percorso di Affermazione di Genere (Dalle Luche, C., Rosin, R., 2017). In altre parole, il soggetto transgender desidera

che al proprio sentire interiore si abbini una corrispondenza esterna (Di Gregorio, 2019, p. 56).

Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)

In ottica Neo-Funzionale l'Esperienza Basilare del Sé dell'Essere Tenuti si manifesta attraverso una duplice sfumatura, quella dell'Essere Contenuti e quella dell'Essere Fermati. L'esperienza di Essere Contenuti è vissuta sin dai primi istanti di vita durante la gestazione nel grembo materno, generando una condizione di tranquillità e di sicurezza. Si tratta di un'esperienza arcaica ricercata lungo tutto il percorso della vita. Secondo Rispoli (2004) Essere Contenuti (holding) rappresenta un vissuto fondamentale e basilare per lo sviluppo dell'essere umano, che analogamente come le altre EBS non viene mai del tutto abbandonata. La configurazione Funzionale piena di questa esperienza è caratterizzata da un'esperienza emozionale calma e tranquilla, da movimenti lenti e posture morbide, da un'esperienza fisiologica allentata e piacevole, e sul piano Cognitivo-simbolico da un valore positivo e consapevole all'esperienza (Rispoli, 2016, p. 47). Nel momento in cui il corpo è Tenuto con una fermezza dolce e accogliente, è possibile poter Lasciare e sperimentare la piacevolezza del non dover più tenere lo stato d'attivazione che non si riesce ad allentare (Rispoli, 2004, pp. 72–75). Nell'esperienza di Essere Fermati, non si tratta di una imposizione, ma piuttosto di incontrare i bisogni dell'individuo in età infantile con dolcezza e affetto.

Rispoli (2004, pp. 74–76) espone differenti modalità di alterazione di questa EBS. Una possibile alterazione è lacerazione dell'Essere Tenuti avviene quando la persona non viene Tenuta con calma, sicurezza e decisione, oppure quando l'esperienza non avviene affatto o avviene poco. Di conseguenza è possibile che si innesti una vera e propria Memoria corporea quando le mani che hanno tenuto l'individuo non sono state salde e rassicuranti, forzandolo a sviluppare uno stato di allerta e di "paura di cadere". Di conseguenza, è possibile che egli sviluppi una modalità di opposizione oppure eccessiva e di rincorsa all'Essere Tenuti. Si collega il punto di vista di Le Breton (2007b) nel quale la pelle, come organo più esteso del corpo, è inteso ad avere una funzione di Contenimento del soggetto segnandone nel contempo la chiusura e apertura con il mondo. Così, la pelle stabilirebbe una memoria inconscia dell'infanzia, ossia, ogni storia personale sarebbe in primo luogo una storia di pelle. La stessa, quindi, sarebbe rivestita di significati, e il tatto dell'altro non è solamente fisico ma al tempo stesso semantico esprimendo il significato e il valore dell'interazione.

Inoltre, è possibile che l'individuo sviluppi un'incapacità di stasi e una continua eccitazione di fondo, mancando l'esperienza piacevole dell'Essere Fermati quando necessario. Come ultimo, un'altra modalità di alterazione dell'esperienza di Essere Contenuti e Fermati, avviene quando

essa ha acquistato una connotazione di imposizione e violenza. In questo senso l'individuo in età infantile è stato bloccato e arrestato nella sua vitalità anziché accolto con tenerezza e morbidezza. Di conseguenza, la persona, nel corso del suo sviluppo potrebbe percepire come insopportabile anche il minimo contatto fisico, e tenderà ad uscirne con esplosioni di oppositività.

Nella condizione transgender, ciò che può fare la differenza di un'esperienza più o meno contrastante, dipende in parte dal sostegno, dall'accettazione, ossia dal Contenimento da parte della famiglia, dagli amici e/o dalle istituzioni scolastiche (Di Gregorio, 2019, p. 59). Il percorso di Affermazione non è mai in solitaria, anche le persone vicine percorrono lo stesso percorso. Pertanto, ricevere sostegno dall'esterno è di fondamentale rilevanza. Secondo Rispoli (2004, p. 75) la ricostruzione dell' Esperienza di Base dell'Essere Tenuti risulta centrale nella Terapia Funzionale e va affrontato con estrema delicatezza.

Lasciare (Allentare muscolatura, Incantarsi, Non tenere)

L'Esperienza di Base del Sé del Lasciare, si riferisce alla capacità inserita nella vita attiva e cosciente attraverso cui la persona riesca ad assaporare il piacere di non dover fare, di sospendere l'essere vigili e in azione, anche e soprattutto a livello muscolare (Rispoli, 2004, p. 83). Si tratta di momenti indispensabili per conservare la propria salute e benessere recuperando energie, vitalità e interrompendo l'eventuale accumulo eccessivo di eccitazione, ansia e stress. Il concatenarsi di un attraversamento pieno dell'esperienza permette che le Funzioni, normalmente implicate nell'attivazione dell'organismo, si modificano in direzione di un allentamento complessivo (Rispoli, 2004, p. 83). In particolare, il tono muscolare allenta, i movimenti si riducono e rallentano fortemente, lo sguardo è ammorbidito e non focalizzato, il respiro è calmo e lento, è possibile entrare in contatto profondo con le proprie sensazioni mentre i pensieri vagano liberamente. Complessivamente lo stato d'animo è costituito da tranquillità e benessere e il corpo si abbandona completamente.

In ottica Neo-Funzionale, può accadere che questa EBS si sviluppi in maniera alterata e compromessa, nel caso in cui l'individuo venga stimolato eccessivamente dalle persone di riferimento. Diversamente, un altro aspetto che può ostacolare lo sviluppo pieno della capacità di lasciare e abbandonare, è legato alla possibilità che altre Esperienze di Base, contigue e necessarie, siano state "contaminate". L'attraversamento insoddisfacente dell'Essere Protetti, Tenuti, e Sostenuti può far sì che l'individuo cristallizzi uno stato di allerta profondo e paura, che lo ostacoli a sviluppare la capacità di poter Lasciare. Egli crescerà privato di una risorsa importante per ri-trovare calma, energia, e vitalità, incapace di oziare il godimento del non fare (Rispoli, 2004, p. 84).

L'EBS del Lasciare, in relazione con altre EBS, come il Controllo, la Calma, il Benessere e la Vitalità, è una tra le più compromesse nella condizione, potremmo dire comune, dello stress cronico (Rispoli, 2016, p. 63). Nel loro articolo, Hendricks e Testa (2012), illustrano come le persone transgender, oltretutto affrontare situazioni stressanti di genere "comune" lungo il percorso della loro vita, rappresentino un gruppo sottoposto a discriminazione, violenza e esclusione sociale, in relazione alla loro identità di genere non-conforme e il loro stato di minoranza sessuale. Specificatamente, è come introdotto nel primo capitolo di questo lavoro, è stato indagato il Modello di Minority Stress di Meyer (2003) rispettivamente alla prevalenza del disagio esperito nella popolazione transgender. Di Gregorio (2019) mette in luce come le varie forme di disagio, manifestati dalle persone transgender, siano influenzati, se non propriamente determinati, da fattori esterni sociali piuttosto che originati da un turbamento interiore.

Stare (Oziare)

Come già parzialmente accennato nel paragrafo precedente, l'Esperienza di Base dello Stare rappresenta una conseguenza naturale del poter Lasciare. Nel momento in cui la capacità di Lasciare esprime una capacità di disattivazione, l'esperienza di Stare esprime una condizione ancora più profonda che necessità di una posizione confortevole e di una buona capacità di contatto con se stessi (Rispoli, 2004, p. 85). Essa rientra nel gruppo delle EBS della Calma mentre l'alterazione è rappresentata da uno stato di agitazione e di attivazione. Un genitore potrebbe rendere difficile per l'individuo la Calma, spingendolo all'attivazione, alla vigilanza esagerata, non proteggendolo a sufficienza, disapprovando le sue richieste di condurre l'Altro a sé, oppure esasperandolo nella rabbia (Rispoli, 2016, p. 53).

Sensazioni (Sentirsi, Conoscersi)

Questa EBS riguarda la capacità dell'individuo di sentire il proprio organismo, di sentire come reagisce agli avvenimenti e di intendere cosa gli stia comunicando (Rispoli, 2004, p. 136). Potremmo andare oltre constatando che, come afferma Le Breton (2007b, XI-XII) la condizione umana non è totalmente spirituale, ma è prima di tutto corporea. Tra la carne dell'uomo e la carne del mondo non vi sarebbe alcuna frattura, bensì una continuità sensoriale, costante. Secondo l'autore, i sensi sarebbero un modo per "dare senso" sullo sfondo inesauribile che è il mondo. Ancora, ogni persona si muove all'interno di un universo sensoriale che sarebbe legato alla propria storia personale, in termini di educazione e socializzazione.

Per quanto concerne la configurazione Funzionale di questa Esperienza, in ottica Neo-Funzionale, si tratta di aprirsi al contatto, alle Sensazioni che arrivano dai muscoli, dal movimento, dalle posture, confrontate con i ricordi di altre Sensazioni, concettualizzate e collocate nell'intero quadro percettivo, con valore e un carattere qualitativo ben determinato (Rispoli, 2004, pp. 136–137). La figura terapeutica Funzionale accompagna la persona verso la ri-apertura dei suoi canali sensoriali, che nel corso della vita si sono chiuse o alterate. Può accadere che l'ambiente sociale in cui l'individuo cresce soffoca le sue sensazioni, come ad esempio dolore, rabbia, tristezza, negandole o minimizzandole, oppure interpretandone il significato al posto suo (Rispoli, 2004, p. 137). Anche uno stato di continua stimolazione e agitazione gli impedisce di ascoltare sé stesso, con attenzione e serenità. Di conseguenza è possibile che il canale di contatto con sé stessi venga lacerato, passando in secondo piano, e sovrascritto dal Controllo. Inoltre, è possibile affermare la vista come il senso più sollecitato nel nostro mondo: i rapporti con gli altri, gli spostamenti, l'organizzazione della vista individuale e sociale (Le Breton, 2007b, p. 43). Viviamo in una società dell'immagine con continui input visuali, spinti a guardare all'esterno di se stessi anziché a se stessi e soprattutto dentro se stessi (Rispoli, 2016, p. 160). Secondo Rispoli (2016) le rappresentazioni Cognitivo-simboliche rischiano così di prendere il sopravvento rispetto alle capacità di Sentire e ascoltare le proprie sensazioni corporee. Nel momento in cui le Sensazioni riemergono alla coscienza, può succedere che esse vengano avvertite come allarmanti, strane, eventualmente vissute come una esplosione sensoriale dopo un periodo di quasi totale assenza (Rispoli, 2004, pp. 136–137).

Ricollegandoci alla condizione transgender, essa in qualche modo si annuncia attraverso una sensazione interiore, allora, non-specifica ma concreta in termini di una sensazione di essere o mal-essere, di sentirsi o non-sentirsi se stessi, relativamente alle proprie caratteristiche corporee (Di Gregorio, 2019, p. 41). Tuttavia, lo sviluppo dell'esperienza corporea transgender è complesso, e oscilla tra il seguire le proprie sensazioni e una sensazione di controllo e/o di estraneità verso il proprio corpo, e in particolare, verso alcune caratteristiche precise dello stesso. Tutto ciò, è, oltretutto, radicato all'interno di una cornice sociale e culturale, in cui i corpi tendono essere perlopiù oggettificati, sessuati e intagliati da un sistema di valore e di significati. Riaprire i canali sensoriali, al posto di tracce negative del passato, è un lavoro importante all'interno della psicoterapia Neo-Funzionale (Rispoli, 2004, p. 137).

Benessere (Armonia, Interezza, Verso il basso, Vagotonia)

In ottica Neo-Funzionale, il Benessere non può essere raggiunto se il corpo non esperisce uno stato di unitarietà, di completezza e di equilibrio tra le varie Funzioni del Sé. Secondo Rispoli

(2004, pp. 132–133) il Benessere non è parziale, ma complessivo, include tutti i livelli del Sé e esprime una concezione di pienezza delle sensazione psico-corporee. Lo stato di Benessere è collocato all'interno del gruppo di Esperienze di Base del Piacere (Rispoli, 2016, p. 24). La configurazione Funzionale di questo stato esperienziale è costituita da un respiro calmo e profondo, da uno stato di vagotonia del sistema neurovegetativo, da un tono muscolare morbido rilasciato, da movimenti lenti e quasi assenti, da sensazioni gradevoli, da flussi sensoriali discendenti verso il basso e una sensazione di calore nel centro e di freschezza nelle parti aree del corpo. I pensieri sono fluttuanti e piacevoli, e lo stato di piacere è sollevato da un quadro neuroendocrino endorfinico. In questa concezione, secondo Rispoli, occorre agire in modo sinergico su varie Funzioni, anziché in maniera parziale sulle abilità cognitive o su uno scaricamento fisiologico.

In conclusione, possiamo intendere questa EBS come obiettivo generale e costitutivo della Terapia Funzionale (Rispoli, 2004, pp. 132–133). Non si tratta di un'esperienza tipologica o concreta, ma piuttosto individuale e personale, che allude a un Funzionamento armonico del Sé, esperito e incarnato nella sua interezza.

3.2.3 Il Progetto Terapeutico Funzionale di Marco (AFAB)

Di seguito presenteremo le Esperienze di Base del Sé caratterizzanti del Progetto Terapeutico di Marco (AFAB). Parimenti al Progetto Terapeutico di Alessia (AMAB), anche nel caso di Marco sono state affrontate e rielaborate le Esperienze Basilari dell'Essere Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati) e dell'Essere Tenuti (Contenuti, Fermati). Perciò, esse non saranno ritrattate in seguito.

Aprirsi (Raccontare di Sé)

Questa Esperienza di Base del Sé, appartiene al gruppo delle EBS della Condivisione (Rispoli, 2016, pp. 49–50). In prospettiva Neo-Funzionale, sin dall'inizio della vita, ovvero, sin dal periodo di gestazione all'interno del grembo materno, l'individuo mostra l'abilità basale ed il bisogno di Aprirsi al mondo, Raccontandogli di sé per poter entrare in relazione con esso (Rispoli, 2004, p. 112). A questo proposito, è di notevole rilevanza la ricerca di Castiello et al. (2010). Gli autori illustrano il carattere intenzionale dei movimenti fetali. Nello specifico, dimostrano come i movimenti tra gemelli, già a partire della 14^a settimana di gestazione, assumano un carattere intenzionale rivolto verso l'altro, in questo caso verso l'altra creatura gemella. Nel Neo-Funzionalismo, il Sé è l'insieme di tutti i piani e processi Funzionali, alcuni dei quali sono già molto evoluti ed affinati nel periodo prenatale e permettono all'Sé embrionale di entrare in relazione intensa con sé stesso e con l'esterno

(Rispoli, 2016, p. 35). Più generalmente, potremmo dire che la persona nasce all'interno di un corpo sociale e le sue azioni sono, più o meno, influenzate da coloro che la circondano (Crossley, 2016). Nello specifico, in ottica Neo-Funzionale, questa EBS si fonda sull'assunzione che l'essere umano non è mai solo, ma si percepisce sempre insieme agli altri, ossia, all'interno di una interazione con loro (Rispoli, 2004, pp. 112–113).

Ricontestualizzando, il Condividere è possibile grazie alla capacità dell'individuo di Aprirsi nei confronti degli altri, raccontandogli di sé e del proprio sentire. Questa abilità può essere compromessa da una trasmissione da parte dell'ambiente sociale di sfiducia verso il mondo non conosciuto, o all'interno dell'ambiente stesso, da una modalità di non accoglienza nei confronti delle espressioni del bambino (Rispoli, 2004, p. 112). In entrambi i casi, l'individuo tenderà a chiudersi in sé stesso e a non voler parlare di sé. È possibile che questa lacerazione lo convincerà fino all'età adolescenziale e adulta di pensare che sia inutile condividere le proprie esperienze con gli altri.

Le persone che hanno compreso di essere transgender, ossia, che hanno compreso che il loro sentimento di estraneità verso il proprio corpo sia originato principalmente dalle proprie caratteristiche di genere, sentono il bisogno di parlare con qualcuno per cercare di comprendere cosa stia loro accadendo (Di Gregorio, 2019, p. 97). Tutto può sembrare confuso, è ci si sente spinti a condividere e a comunicare con qualcuno per meglio cogliere il proprio sentire e il significato legato a esso. A questo punto si intende ribadire un importante aspetto, ovvero, la richiesta di essere ascoltati per poter parlare di sé e del proprio disagio non necessariamente discendono dal desiderio di “transitare” da un genere assegnato alla nascita verso un genere altro, ma l'obiettivo primario è quello della ricerca del proprio benessere psicofisico e del progetto in divenire del Sé (Di Gregorio, 2019, p. 106).

Piacere all'altro (Mostrarsi)

Analogamente alla capacità di Aprirsi, anche l'abilità di Mostrarsi per piacere all'altro rientra nel gruppo delle EBS relativi alla Condivisione. Rispoli (2004, pp. 114–115) si riferisce al bisogno basale dell'essere umano di Mostrarsi al mondo, e di ricevere approvazione da esso. Il bambino mostra sé stesso all'Altro con e attraverso il proprio corpo, e l'Altro rappresenta una fonte di conoscenza e d'informazione su di sé. Secondo il Neo-Funzionalismo, questa riflessività del proprio Sé e del proprio corpo nel rapportarsi con il mondo si snoda su una gamma precisa di Funzionamenti (Rispoli, 2004, pp. 114–115). Questi includono non solo la dimensione Simbolica-cognitiva in termini d'immaginazioni, fantasie creative e valori concernenti il Sé costruite e condivise nell'interazione con l'Altro, ma anche la dimensione Fisiologica in termini di sensazioni relative al proprio corpo. Nello specifico, nel rapportarsi

con il mondo, l'individuo apprende a sentire sé stesso, e di come si esprime all'esterno ciò che sente dentro. Secondo Rispoli (2004, p. 115): *“Sapere di poter Piacere agli altri ... è la base del successo sociale, delle relazioni positive, del potersi proporre per quello che si è e per quello che si è capace di fare”*. La compromissione di questa EBS si manifesta attraverso una modalità eccessiva di Mostrarsi oppure di vergogna nel Mostrarsi all'altro (Rispoli, 2004, p. 115). In altre parole, l'individuo non arriva mai a Mostrarsi con piacere ma solo in termini di sofferenza. Queste alterazioni possono essere motivate da antiche sensazioni di non Essere Visti a sufficienza, in modo critico o di non riuscire a piacere mai, di conseguenza si è spinti a Mostrarsi a tutti i costi, oppure, a sviluppare un Funzionamento stereotipato di vergogna continua ed eccessiva (Rispoli, 2004, p. 115).

Nella situazione transgender risulta evidente come l'esperienza di Mostrarsi al mondo per ciò che si è e ricevere approvazione da esso, assume un carattere di notevole rilevanza. Può prendere forma già durante il periodo evolutivo, e accentuarsi con l'inizio del percorso di Affermazione di Genere. Il corpo veicola la propria esistenza nel mondo e mostra, oltre alla propria personalità e individualità, anche le proprie caratteristiche sessuali (Di Gregorio, 2019, p. 46). Secondo Schrock e Boyd (2016) la maggior parte delle persone, almeno occasionalmente, immagina che quando gli altri li vedono, non vedono il loro vero Sé attraverso il mosaico dei loro segni corporei. Ciò li spingerebbe a immaginarsi il giudizio degli altri che eventualmente evoca in loro sentimenti di vergogna. Per le persone transgender, questa situazione può manifestarsi più evidente poiché il loro desiderio è di poter abitare un corpo in cui si sentono di appartenere e di essere socialmente riconosciuti e piaciuti in esso. Inoltre, la consonanza del rapporto tra corpo e identità sembrerebbe possibile solo nel momento in cui il corpo incarna il progetto in divenire del Sé.

Contatto Attivo (Prendersi l'altro)

Questa è una EBS dell'essere umano che gli permette di entrare in contatto con il mondo (Rispoli, 2004, pp. 95–98). Precisamente, in prospettiva Neo-Funzionale, l'individuo non rimane in attesa di ricevere contatto ma impara, già in età precoce, di prenderselo (es. affetto, aiuto, nutrimento, interesse, amore). Le Funzioni implicate nel Contatto attivo comprendono un movimento sciolto, ben visibile e diretto nei confronti dell'oggetto o della persona desiderata, l'immaginazione del movimento progressivo per avvicinarsi alla realizzazione del risultato finale, una voce piena, che con la sua tonalità e sonorità colpisce e coinvolge e, come ultimo, la precisione nell'espressione dei concetti della richiesta (Rispoli, 2004, p. 96). Una sfumatura del Contatto attivo è quella di andare attivamente a Prendersi e Portarsi l'Altro (Rispoli, 2004, p. 98). Si tratta di una modalità di seduzione, non in termini negativi, ma

piuttosto in termini di conduzione a sé. Secondo la concezione Neo-Funzionale, una manifestazione equilibrata di questa capacità è quella di potersi muovere pienamente su una polarità, Portare a sé l'altro, e in altri momenti assumere la polarità opposta, Lasciare l'altro (Rispoli, 2016, p. 51). Secondo Rispoli, questa capacità può essere soffocata da un'ambiente non accogliente, rigido e di rifiuto, se non addirittura caratterizzato da una risposta rabbiosa nei confronti della richiesta.

3.3 Lo Studio di Casi Clinici

Difronte a quanto esposto, entreremo ora in merito a esporre le caratteristiche dello studio di casi clinici. La metodologia qualitativa dello studio di casi clinici è una tipologia di ricerca che mira all'indagine ed esplorazione di fenomeni psico-sociali all'interno di contesti di vita "naturali" (Hafiz, 2008). Sebbene lo studio di casi clinici rimanga un approccio di ricerca controverso, è ampiamente riconosciuto in molte scienze psicologiche e sociali rivolte alla comprensione approfondita di determinati fenomeni (Zainal, 2007). Nel suo articolo, Hafiz (2008) suggerisce alcune indicazioni chiave d'implementazione che comprendono: la *selezione* dei casi clinici e il rispettivo formato del corpus di dati, la definizione e circoscrizione dell'*unità di analisi* insolubilmente legata agli obiettivi della ricerca, e la definizione del *disegno* di ricerca.

All'interno di questo progetto di ricerca sono stati analizzati due percorsi di psicoterapia Neo-Funzionale con due persone transgender prese in carico dall'Associazione Con-Te-Stare, Sportello Attivo Transgender, Centro ONIG, a Padova. Alle persone transgender ci si relazionerà con i nomi Marco (AFAB) e Alessia (AMAB), sostituiti, come sopra riportato, ai nomi d'elezione degli stessi. Specificatamente, ci si è focalizzati sul periodo prima dell'avvio di eventuali programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici, mascolinizzanti o femminilizzanti. Nel momento di presa in carico, Marco aveva 18 anni e incominciò la terapia ormonale mascolinizzante all'età di 20 anni dopo un accompagnamento psicologico di 18 mesi (nonché dopo 60 sedute di psicoterapia). Alessia invece, iniziò il percorso psicologico a 28 anni e la terapia ormonale femminilizzante all'età di 29 anni dopo un accompagnamento psicologico di 15 mesi (nonché dopo 53 sedute di psicoterapia). L'avvio della terapia ormonale in entrambi i casi iniziò nel mese di aprile dell'anno 2021. Le sedute di psicoterapia duravano tipicamente 50 minuti e si svolsero mediamente con cadenza settimanale. La selezione dei casi clinici è stata motivata dalla particolare ricchezza della loro storia, delle loro narrazioni, introspezioni e riflessioni rispetto al proprio sentire identitario ed esperienziale. Entrambi i soggetti hanno dichiarato consenso informato rispetto al trattamento

dei dati personali e le rispettive riprese audio, finalizzati allo svolgimento delle prestazioni professionali di prevenzioni, diagnosi, cura, formazione e di ricerca richieste in ambito psicologico corporeo. Precisamente, le sedute psicoterapeutiche sono state messe a disposizione in formato di trascrizioni e registrazioni audio dalla Psicologa e Psicoterapeuta Neo-Funzionale Roberta Rosin, nonché correlatrice in questo progetto di ricerca. La Dott.ssa stessa ha accompagnato entrambi i soggetti durante il loro percorso di Affermazione di Genere.

Gli obiettivi del presente studio erano quelli di offrire in primis, una lettura dell'esperienza vissuta, e in secondo luogo, di tracciare il cambiamento e lo stravolgimento del Sé di due persone transgender, seguiti da una psicoterapeuta Neo-Funzionale. A riguardo del primo obiettivo, le rispettive *unità di analisi* comprendevano le *verbalizzazioni* dei soggetti transgender. Per quanto concerne l'analisi di cambiamento invece, sono state prese in esame anche le *verbalizzazioni* della psicoterapeuta Funzionale. Sono state utilizzate due tipi di Analisi Tematica che andranno approfondite nel prossimo paragrafo (3.4.) per configurare l'analisi dei dati a proposito degli obiettivi che si è scelto di osservare. Si anticipa che sono state elaborate delle *tematiche* rappresentative della manifestazione *alterata* delle EBS dei Progetti Terapeutici di ciascun soggetto, nonché il loro cambiamento lungo il percorso di psicoterapia. Inoltre, si specifica che le tematiche rappresentative della manifestazione alterata delle EBS coinvolgevano principalmente i vissuti, i pensieri e le fantasie, nonché il piano di Funzionamento Cognitivo-simbolico della persona, che ha potuto essere colto attraverso l'analisi delle verbalizzazioni stesse. Tuttavia, in una visione *olistica e integrata* della persona, in ottica Neo-Funzionale, questa concezione è insufficiente. Come già ampiamente specificato è sempre la persona nella sua globalità a essere accolta, non solo sul piano Cognitivo-simbolico. Questo, nel momento in cui i pensieri e le fantasie rappresentano solo una Funzione alla pari delle altre Funzioni in una concettualizzazione circolare, anziché piramidale, del rapporto mente-corpo (Rispoli, 2017a). Come sopra riportato, la costruzione del Progetto Terapeutico Funzionale si basa su una valutazione Funzionale multidimensionale dei soggetti per configurare un quadro chiaro della globalità e della mobilità Funzionale della persona, in termini di limitazioni e/o alterazioni (Rispoli, 2004, p. 263). In questo modo sarà possibile cogliere la presenza, più o meno piena, delle capacità legate alle Esperienze di Base del Sé. A tal proposito, in questo studio, si è scelto di integrare ulteriori elementi indicativi degli Funzionamenti del Sé con altri piani di Funzionamento (Fisiologico, Emotivo, Motorio-posturale), prendendo in considerazione le osservazioni della psicoterapeuta Funzionale durante la fase iniziale del percorso terapeutico (Rispoli, 2016, pp. 20–21). Precisamente,

sono stati forniti i Diagrammi Funzionali dei soggetti fondati sulla valutazione diagnostica al momento dell'avvio del percorso psicologico. Ora, mentre qui si è cercato di offrire una visione della persona che fosse il quanto possibile multidimensionale del suo Funzionamento complessiva, si ricorda che epistemologicamente, ogni Funzione (es. tono muscolare, ricordi, pensieri, emozioni, respirazione), come “componente” del Sistema organizzato del Sé, rappresenta nel medesimo tempo, il Sé nella sua interezza (Rispoli, 2004, 2014).

Il disegno del presente studio è di carattere *descrittivo-interpretativo*. Specificamente è descrittivo nella misura in cui lo studio mirava a descrivere l'esperienza dei soggetti transgender attraverso l'applicazione del modello di psicologia Neo-Funzionale all'interno di un contesto di vita “naturale” in cui si è verificato (Yin, 2009). Tuttavia, questa *descrizione* era inserita all'interno di un processo *interpretativo*, nel momento in cui i dati sono stati approcciati in relazione a delle aree d'indagine specifiche. Precisamente, sono state identificate delle verbalizzazioni significative dei soggetti e della terapeuta Funzionale relativamente alle Esperienze di Base del Sé elencati nei rispettivi Progetti di Terapia Funzionale. Gli stessi sono stati accomunati in categorie concettuali, ovverosia sono state elaborate e raffinate delle tematiche più ampie e indicative delle EBS. Così, sono state sviluppate delle categorie concettuali che hanno potuto più o meno supportare le assunzioni rispetto al fenomeno introdotte nel primo capitolo di questo lavoro (Zainal, 2007). Si andrà a descrivere nel paragrafo successivo i passaggi costitutivi di questo processo interpretativo attraverso la metodologia di analisi dei dati.

3.4 La Metodologia di Analisi dei Dati

Come metodologia di analisi dei dati sono stati adottati la metodologia di Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006) e di Analisi Tematica di Meier e Boivin (1996, 1998 citato in Meier & Boivin, 2000) per la ricerca sul processo di cambiamento in psicoterapia. Questa scelta è stata effettuata con lo scopo di illustrare una lettura Neo-Funzionale dell'esperienza vissuta dei soggetti in termini delle rispettive EBS attraverso l'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006). In secondo luogo, si è indagato il processo di cambiamento del Sé lungo il percorso terapeutico attraverso l'Analisi Tematica di Meier e Boivin (2000). Prima di approfondire le metodologie d'analisi si andrà ad esplicitare alcuni elementi cruciali del corpus di dati e della selezione delle sedute psicoterapeutiche relativamente agli obiettivi della ricerca.

3.4.1 Il Corpus di Dati

Nel caso di questo progetto, le sedute terapeutiche sono state registrate in formato audio e successivamente trascritte. Sebbene non sia stato utilizzato un formato specifico per la trascrizione dei dati, è stata assicurata una rigorosa e approfondita trascrizione ortografica, ovvero, un resoconto dettagliato di tutte le espressioni verbali (e talvolta non verbali, ad esempio silenzi, sospiri). Come precedentemente descritto, per questo studio, il focus era rivolto soprattutto sul periodo dell'accompagnamento psicologico prima dell'avvio della TOS mascolinizzante o femminilizzante.

Generalmente, secondo Skjerve, Reichelt e McLeod (2016), il campionamento e la selezione delle sedute, sulla quale si basa lo studio del percorso psicoterapeutico, può variare a seconda dell'obiettivo di ricerca e a seconda della cornice teorica di fondo. Qui, e a proposito dell'obiettivo di ricerca, sono state prese in esame le prime dieci sedute poiché supposte costitutive della *fase iniziale* del percorso psicoterapeutico (Hill, 2005). Generalmente, la Diagnosi Funzionale viene eseguita nei primi colloqui con la persona, estendendosi approssimativamente in una a tre sedute di psicoterapia (Rispoli, 2017b). Dunque, le prime dieci sedute sono state selezionate per illustrare una lettura Neo-Funzionale più articolata possibile dell'esperienza vissuta dei soggetti in termini delle rispettive EBS attraversate durante il processo psicoterapeutico. In altre parole, ne è stata fornita una descrizione dettagliata sulla base delle *verbalizzazioni* dei soggetti rispetto al loro vissuto attuale e la storia personale degli stessi.

Invece, per tracciare l'evoluzione Funzionale e il cambiamento del Sé lungo il percorso terapeutico sono state prese in esame, a partire dalla decima seduta, una seduta al mese a scelta randomizzata, per tutto il periodo dell'accompagnamento psicologico fino al momento di avvio della TOS. Inoltre, è stato assicurato che il periodo tra una seduta e la seguente non superava un periodo massimo di quattro settimane. A tal proposito, nel caso di Marco (AFAB) sono state analizzate 15 sedute e nel caso di Alessia (AMAB) 12 sedute. Per il presente studio questo criterio è stato scelto per poter sviluppare uno sguardo continuo sui dati e nonostante ciò configurare un indice di cambiamento all'interno del processo terapeutico. Inoltre, ci si è orientati alla ricerca di Lysaker et al. (2005), considerandolo un criterio valido per lo studio di casi clinici con modelli di psicoterapia a lungo termine. Ove lo si è ritenuto opportuno, poiché è stato rilevato un cambiamento significativo, sono state prese in considerazione anche le prime dieci sedute del percorso.

3.4.2 Analisi Tematica

L'Analisi Tematica (Braun & Clarke, 2006) è una metodologia d'analisi qualitativa ed è essenzialmente indipendente dalla cornice teorica ed epistemologica, permettendo così una maggiore flessibilità nel campo della sua applicazione. Precisamente si tratta di una metodologia per identificare, analizzare e riportare le tematiche e contenuti ricorrenti all'interno di un corpus di dati (Braun & Clarke, 2006). Prima di passare alla struttura metodologica di questo processo, il ricercatore è tenuto a prendere una serie di decisioni per meglio adattare la procedura d'analisi al proprio progetto di ricerca, ai propri obiettivi e alla cornice teorica di riferimento. Queste decisioni si riferiscono alla definizione della tematica, alla tipologia della descrizione dei dati (complessiva o specifica), alla tipologia d'analisi (induttiva o deduttiva), al livello di identificazione delle tematiche (semantico o latente) e alla definizione dell'approccio epistemologico dell'analisi (esistenzialista/realista o costruttivista) (Braun & Clarke, 2006).

Qui una *tematica* è stata definita come qualcosa che cattura un'entità significativa all'interno del corpus di dati in relazione alla domanda di ricerca, rappresentando un certo tipo di espressione schematizzata (Braun & Clarke, 2006). Invece di intendere le tematiche come "emergenti" dal testo e "trovati" in esso, il ricercatore incorpora un ruolo attivo nell'identificazione delle tematiche in relazione al suo interesse di ricerca (Taylor & Ussher, 2001). Così, l'Analisi Tematica di questo progetto era caratterizzata da un'analisi di tematiche *specifiche* legate alla domanda di ricerca piuttosto che un'analisi del contenuto *complessivo*. La strategia d'analisi si riteneva principalmente *deduttiva*, poiché era guidata dalle aree d'indagine e domande di ricerca specifiche. Precisamente l'obiettivo è stato quello di cogliere il quadro Funzionale e tematico dei soggetti nella fase iniziale del percorso psicologico, il tutto in relazione ai Progetti Terapeutici specifici. Il processo analitico procedeva dalla *descrizione* delle entità *semantiche*, identificate nel corpus di dati (unità di significato), al loro *raggruppamento* (tematiche), fino alla loro *interpretazione* in relazione alle aree d'indagine (Esperienze Basilare del Sé) (Patton, 1990). La strategia semantica significa che sono stati analizzati i significati espliciti, anziché impliciti (come ad esempio le ideologie o assunzioni sottostanti), delle verbalizzazioni presi in esame. Approcciandomi allo studio dei casi clinici dalla prospettiva del Neo-Funzionalismo, l'approccio epistemologico dell'analisi dei dati non era né esclusivamente *essenzialista e realista* né esclusivamente *costruzionista*:

“Una delle cause delle contrapposizioni così violente e nello stesso tempo così sterili, che si sono avute tra differenti approcci scientifici, è da attribuirsi alla dicotomia tra soggettivismo e oggettivismo. Alcune correnti della scienza, e in particolare della psicologia, sono state tutte tese a

differenziarsi dal modello “medico-organistico” puntando in modo esclusivo sulle sensazioni individuali, sui vissuti, sul soggettivismo. Alcuni rami delle neuroscienze e della psichiatria, per contro, hanno continuato a sostenere un oggettivismo spinto. Sempre più studioso sono a favore della necessità di una visione complessa che integri livelli soggettivi ed oggettivi, con ricerche che, pur prendendo in considerazione l’unicità di vissuti ed emozioni di ogni singolo soggetto, tengano conto anche di elementi che hanno un’esistenza e una rilevanza oggettivamente visibile e condivisibile.” (Rispoli, 2004, p. 26)

Ancora ...

“Integrazione in psicoterapia ... permette di tenere in considerazione finalmente tutti i livelli psicocorporei della persona, e superare il fallimento della contrapposizione tra modi di vedere oggettivistici e soggettivistici, una contrapposizione che ha creato ostacoli alla comprensione reale di come funziona veramente l’essere umano.” (Rispoli, 2016, p. 134)

Nonostante vi siano sottili differenze concettuali, la dimensione soggettiva postulata da Rispoli (2004, 2016), sembra corrispondere con i processi socioculturali di costruzione di significati e di codificazione soggettiva della realtà (approccio socio-costruzionista). Mentre la dimensione oggettiva, sembrerebbe attribuibile a un approccio realistico che intende scolpire la natura reale e materiale dei fenomeni (approccio (bio)essenzialista) (Harrison, 2014). Così, il Neo-Funzionalismo sposa il paradigma della complessità attingendo alla necessità di una visione sulla realtà e sul processo terapeutico, che integri la prospettiva *soggettiva* (realtà interpretata dal soggetto) con quella *oggettiva* (realtà precostituita e indipendente dall’interpretazione del soggetto). Specificamente, la visione di Rispoli aspira a integrare l’unicità dei vissuti soggettivi (dei soggetti e della psicoterapeuta Funzionale), con elementi oggettivamente visibili e condivisibili (es. postura, respiro toracico, mani fredde o sudate) anche al di fuori dell’ambiente terapeutico. Così i risultati del presente studio si configurano sia in relazione a una prospettiva soggettiva del fenomeno (dalla prospettiva del soggetto, della psicoterapeuta e della ricercatrice) sia relativamente ad una prospettiva oggettiva. Quest’ultima comprendeva le esperienze “osservabili” dei soggetti all’interno del contesto terapeutico, che qui sono state riportate principalmente attraverso i Diagrammi Funzionali.

La Procedura

Andiamo dunque a esplicitare le fasi entro le quali si snoda il processo di Analisi Tematica (Braun & Clarke, 2006). Questa metodologia è stata adottata per le prime dieci sedute della psicoterapia poiché supposte come *fase iniziale* del percorso (Hill, 2005). Così è stato possibile illustrare una lettura Neo-Funzionale dell’esperienza vissuta dei soggetti in termini

delle rispettive Esperienze di Base del Sé su cui si è lavorato durante il percorso psicoterapeutico.

1. **Familiarizzare con i dati:** prima di incominciare con la codifica formale dei dati, è stato indispensabile formare uno sguardo d'insieme su di essi. Per il presente studio, è stato possibile familiarizzare con i dati attraverso le riletture, l'ascolto e alcune trascrizioni del materiale messo a disposizione. Durante questa fase è stata creata una lista iniziale di etichette e schemi di codifica che sono state progressivamente elaborate.
2. **Creare delle prime unità di significato:** dopo la familiarizzazione con i dati, sono state create delle prime *unità di significato*. Esse, tuttavia, non coincidono con le *tematiche*, maggiormente ampie in termini di contenuto ed elaborate nei passaggi successivi. Le unità di significato rappresentano entità tematizzanti, ovvero, delle entità significative relative alle aree d'indagine (Boyatzis, 1998, citato in Braun & Clarke, 2006). In altre parole, si è andato a riprendere direttamente degli stralci dal testo oppure si è andato a riassumerli, in uno o due frasi, in modo che rappresentassero il linguaggio proprio del soggetto. Durante questa fase, i dati sono stati approcciati prevalentemente in modalità *deduttiva*. Ovverosia, sono state identificate verbalizzazioni significative dei soggetti per indicare i Funzionamenti degli stessi, nonché, i vissuti significativi relativi alle Esperienze di Base del Sé. Questo significa che sono state poste domande specifiche al materiale di dati, le quali si era deciso di osservare, come ad esempio: “Come si esprime l’alterazione dell’EBS dell’*Aprirsi (Raccontare di Sé)* nei racconti e nei modi di raccontarsi di Marco?” Queste domande costituivano così dei macro-temi che hanno guidato il processo di analisi. Sono state create delle tabelle, che contenevano tutte le unità di significato individuate all’interno di ciascuna seduta di psicoterapia per ciascun soggetto.
3. **Definire i temi:** durante questa fase, le unità di significato sono state ordinate, collegate e accomunate per andare a definire delle prime *unità tematiche*. Precisamente, sono state create delle mappe tematiche che rappresentassero ciascuna delle Esperienze di Base del Sé. A tal proposito sono state definite delle *unità tematiche* rappresentative della manifestazione *alterata* della rispettiva EBS del soggetto, sia nel rapporto con sé stesso che nel rapporto con il mondo. Ove lo si è ritenuto opportuno sono state definite delle sotto-tematiche. Per minimizzare le interferenze, si è scelto di formulare le *tematiche* utilizzando il quanto possibile il linguaggio proprio dei soggetti.

4. **Rivedere e raffinare i temi:** questo passaggio è stato effettuato facendo riferimento ai criteri di “omogeneità interna” e “eterogeneità esterna” (Patton, 1990). Precisamente, sono state revisionate le unità di significato per ogni tematica, e sotto-tematica definita, in termini di coerenza semantica interna. In altre parole, si è verificato che ogni tema fosse coerente al proprio interno con le unità di significato che lo componevano. Su un secondo livello è stato validato che fosse possibile riconoscere le differenze fra i diversi temi senza avere eccessive sovrapposizioni. Infine, il testo è stato rivisto alla luce delle mappe tematiche che erano state definite.
5. **Definizione finale dei temi:** una volta soddisfatti i passaggi precedenti, i temi sono stati ultimati, fornendone una dettagliata descrizione. In altre parole, ne è stata illustrata l'essenza e il ruolo rispetto all'intero corpus dei dati, agli altri temi e alle Esperienze di Base del Sé costituenti dei Progetti Terapeutici.
6. **Produzione del Report:** questa fase consiste nel quanto esposto nel prossimo capitolo. Anticipiamo solo che alle descrizioni, sono stati allegati dei grafici che rappresentano visivamente le diverse mappe tematiche.

3.4.3 Analisi del Cambiamento in Psicoterapia

Ricontestualizzando, l'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006) aveva come obiettivo offrire una lettura Neo-Funzionale dell'esperienza vissuta dei soggetti in riferimento alle Esperienze di Base del Sé durante la fase di accoglienza del percorso psicoterapeutico. Un ulteriore obiettivo del progetto di ricerca è stato quello di indagare il processo di cambiamento del Sé, che si riflette nel cambiamento delle Esperienze di Base della persona, ovvero, nel cambiamento delle sue precise capacità di *movimento* – in senso esteso – nel mondo (Rispoli, 2004, p. 66). Ora, a differenza dell'Analisi Tematica progettata da Braun e Clarke (2006) che ha un'ampia applicazione nel campo della psicologia, è stata utilizzata una variante specifica per la ricerca in psicoterapia da Meier e Boivin (2000). Quest'ultima è stata elaborata dagli autori per studiare il processo di cambiamento in psicoterapia basandosi sull'analisi di sedute psicoterapeutiche trascritte e registrate (audio e/o video), sullo sviluppo di tematiche emergenti da essi, e, sullo studio del cambiamento di queste tematiche in termini di fasi precise (Meier e Boivin, 1998a citato in Meier, Boivin & Meier, 2008). L'Analisi Tematica di Meier e Boivin (2000) rappresenta un metodo di ricerca innovativo allo studio del processo in psicoterapia, combinando una strategia qualitativa e quantitativa. Precisamente è qualitativa nello sviluppo delle tematiche sulla base di sedute psicoterapeutiche trascritte, ed è quantitativa applicando su di esse un modello di valutazione di fasi di cambiamento che

andremo a presentare in seguito (Meier & Boivin, 2000). Nella misura in cui questo approccio utilizza una strategia d'analisi esclusivamente *induttiva* rispetto allo sviluppo delle tematiche (Meier et al., 2008), anziché *deduttiva*, essa è stata adattata alla cornice metodologica del nostro progetto di ricerca. Così ci si è orientati a quanto riportato da Silverman (1993, in Joffe, 2011), ovverosia, il lavoro di ricerca diverrebbe scientifico nella misura in cui adotta una metodologia appropriata al proprio oggetto di ricerca. In altre parole, per l'analisi qualitativa non esisterebbe uno strumento migliore di altri, ma lo strumento più adeguato è quello che meglio risponde agli obiettivi della ricerca stessa (Alzati, 2004). Per quanto concerne la cornice epistemologica, l'Analisi Tematica di Meier e Boivin (2000) attinge a un approccio *realistico* in quanto gli autori sollevano che esista un metodo soggettivamente indipendente per "scoprire" la realtà. Tuttavia, ci preme riflettere sul ruolo attivo del ricercatore nel processo di analisi e l'impatto delle sue idee preconette, anche in relazione alle aree d'indagine. Ovverosia, tutti gli atti interpretativi dell'Analisi Tematica sono per definizione influenzati dalle prospettive del ricercatore (Joffe, 2011). Ora, e come sopra riportato il Funzionalismo sposa il paradigma della complessità anche in ottica epistemologica, assumendo così una posizione né esclusivamente costruzionista, né esclusivamente essenzialista/realista. Rispoli (2004, pp. 260–261) parla di due "piani" di realtà nel campo della psicoterapia: *il piano dell'unicità di ogni storia* e di ogni coppia persona-figura terapeutica, dovuto alla peculiarità delle esperienze, conoscenze e della formazione di entrambi (piano soggettivo e della narrazione storica), e, *il piano della comunicabilità e della ripetibilità* dei fenomeni (piano oggettivo della narrazione scientifica). Mentre la questione epistemologica può sembrare problematica, come scrive Joffe (2011), l'attenzione posta a una procedura sistematica e trasparente per quanto riguarda la metodologia di analisi permetterà ad altri ricercatori di rintracciare il processo con cui i risultati sono stati raggiunti, e se necessario sfidarli. A tal proposito, i passaggi costitutivi delle metodologie di analisi adottati nel presente lavoro, sono esplicitati in maniera approfondita. Relativamente a quanto esposto fino d'ora, la metodologia progettata da Meier e Boivin è stata scelta per il nostro studio poiché gli elementi costitutivi del metodo in sé si mostravano particolarmente validi e sovrapponibili al modello di psicoterapia Neo-Funzionale.

In primo luogo, gli autori definiscono le tematiche in termini di difficoltà personali e/o interpersonali esplicitamente o implicitamente sollevate dalla persona nel corso della terapia. Inoltre, si manifesterebbero lungo un continuum bipolare, nel quale una estremità rappresenta il polo problematico e l'altra estremità quello positivo a cui tendere (Meier & Boivin, 2000).

Questa concettualizzazione può essere ripresa e adattata al modello Neo-Funzionale. Precisamente, in ottica Neo-Funzionale, le precisi Funzioni e le Esperienze di Base del Sé, si manifestano lungo un continuum (Rispoli, 2004, p. 59, 2016, pp. 48–52). Ad esempio, l'EBS del Contatto Attivo (Portarsi l'altro) si colloca su un continuum con quella del Lasciare e del Separarsi. Tuttavia, in questa concezione, le *polarità*, non sono intese in termini negativi o positivi ed è per questo che sono definiti anche *false antitesi* (Rispoli, 2016, p. 51). In altre parole, l'alterazione è considerata piuttosto in termini di *immobilità*, nel momento in cui le Funzioni, che a loro volta configurano le EBS, perdono la mobilità e rimangono cronicamente fissate su parti limitate delle gamme sulle quali dovrebbero variare e divengono così *sclerotizzate*, non modificandosi più in modo corrispondente alla realtà esterna (Rispoli, 2004, pp. 53–57, 2016, p. 53). “*La vita non è restare nel mezzo, non è un equilibrio o un compromesso tra due estremi, ma anzi è caratterizzata dal poter muoversi pienamente su una polarità, e poi in altri momenti (quando è necessario) assumere la polarità opposta altrettanto pienamente.*” (Rispoli, 2004, p. 59, 2016, p. 51). Oltre la *sclerotizzazione*, esistono altre modalità attraverso cui le EBS, e le Funzioni specifiche che le compongono, possono alterarsi (vedi Fig. 2, Rispoli, 2004, pp. 53–57). Ovverosia, è possibile che si verifichi un'ulteriore alterazione dell'EBS del Contatto Attivo (Portarsi l'altro), nel momento in cui questa modalità della persona di muoversi nel mondo si sviluppa in modo esagerato oppure carente (ipertrofie e ipotrofie). Ad esempio, l'alterazione della capacità di Contatto Attivo (Portarsi l'altro) può svilupparsi carente e configurarsi in una tendenza di Isolamento e Chiusura della persona (Rispoli, 2016, pp. 52–55). In questo senso, concettualizzando l'alterazione in termini di *immobilità*, la persona è inibita nella possibilità di esperire appieno l'esperienza di Contattare l'altro, tendendo piuttosto ad Isolarsi dall'altro. Più generalmente, la Psicoterapia Funzionale mira a *smuovere* la persona accompagnandola a passare da uno stato di *immobilità* cronico verso uno stato di *mobilità* sano e leggero, e la capacità di adattarsi alle differenti sfumature della realtà. In altre parole, la ristrutturazione nei suoi funzionamenti profondi su tutti i piani del Sé (Rispoli, 2004, 2016). Così il processo terapeutico, si svolge per fasi successive, nelle quali il significato profondo del processo di cambiamento incorpora il cambiamento verso l'opposto dei funzionamenti tipici della persona (Rispoli, 2004, pp. 218–221). Ricollegandoci agli obiettivi del nostro studio, si aspira ad analizzare questo cambiamento, tracciando le differenti modalità di espressione delle EBS e delle Funzioni che le costituiscono lungo il percorso di psicoterapia.

In secondo luogo, è stato adottato il *Seven Phase Model of Change Process* (SPMCP, Meier & Boivin, 2000) per illustrare lo stato di cambiamento nelle tematiche, nonché la

manifestazione Funzionale delle Esperienze di Base del Sé. Questo modello è stato a sua volta costruito sulla base di uno studio qualitativo (Meier & Boivin, 2000), anziché derivato da una assunzione teorica di fondo e si presume che la ricerca e l'espansione del Sé motivi la persona ad attraversare sette fasi di cambiamento (Meier et al., 2008). In altre parole, la persona, con l'aiuto di un accompagnamento psicologico, imparerebbe a muoversi progressivamente da un polo considerato negativo e doloroso verso un polo considerato positivo e sano. In termini Neo-Funzionali invece, la persona acquista *mobilità* attraverso la quale potrà esperire nuove gamme di Funzionamento superando l'alterazione degli stessi (Rispoli, 2016). Il SPMCP è stato teoricamente supportato da più di 80 modelli di psicoterapia, corrispondenti a cinque orientamenti principali (il modello di psicologica comportamentale, cognitivo-comportamentale, esperienziale, della Gestalt e clinico-dinamico) (Meier et al., 2008). Inoltre, è stato possibile disegnare una corrispondenza approssimativa tra le fasi di cambiamento del SPMCP (Meier & Boivin, 2000) e quelli del processo di intervento in psicoterapia Funzionale (Rispoli, 2004). Ambedue rientrano, oltretutto, nel modello fasico di Hill (2005) comunemente utilizzato nella ricerca in psicoterapia:

Tabella 1
Le Fasi di Cambiamento in Psicoterapia

SPMCP (Meier & Boivin, 2000)	Psicoterapia Funzionale (Rispoli, 2004)	(Hill, 2005)
<p>1. Definizione degli obiettivi della Terapia: la persona presenta ed espone le sue difficoltà personali o interpersonali, le preoccupazioni, i sentimenti, ecc. La figura terapeutica aiuta a identificare e articolare i parametri del problema in termini di natura, intensità, durata e portata. Vengono stabiliti gli obiettivi della psicoterapia.</p>	<p>1. Terapie Brevi a) Accoglienza, Comprensione, Ascolto: la persona viene accolta nella sua interezza, nei suoi aspetti positivi e nei suoi disfunzionamenti. La figura terapeutica aiuta la persona a sentirsi vista pienamente e profondamente al di là dei suoi atteggiamenti e comportamenti superficiali. b) Alleviare i sintomi: a tal punto è probabile che per far sì che la terapia proceda positivamente si debba aiutare la persona ad alleviare i suoi malesseri più pressanti. c) Lasciare profondo: la persona deve poter allentare il controllo e lasciarsi pienamente scendere al di sotto di livelli superficiali e cognitivi di funzionamento.</p>	<p>Fase iniziale</p>
<p>2. Esplorazione: la persona con l'aiuto della figura terapeutica, scopre le dinamiche del problema in termini della sua eziologia e mantenimento con riferimento agli elementi affettivi, cognitivi, motivazionali e comportamentali che lo costituiscono. Viene esaminato lo stile di relazionarsi con gli altri. Questa fase rappresenta un passaggio dalla lamentela e dall'emozionalità a quella di voler comprendere meglio i problemi e le preoccupazioni che si presentano a portale al cambiamento.</p>	<p>2. Allentare il Controllo: a) Far emergere disfunzionamenti: una volta proseguiti le fasi precedenti, il lavoro terapeutico scende più in profondità, le sensazioni più interne e sepolte cominciano a emergere e i disfunzionamenti esistenti a vari livelli divengono presenti alla consapevolezza del paziente. b) Espressione Emotive: si inizia a sollecitare e osservare le differenti capacità di espressione emotiva e relazionale del paziente su più piani. Al contempo inizia un primo lavoro di mobilitazione: rabbia compresse, tristezze sepolte. La persona inizia ad accumulare consapevolezza dei propri ricordi, emozioni, rappresentazioni, inizia a rendersi consapevole come si muove in relazione al mondo</p>	<p>Fase di cambiamento</p>
<p>3. Consapevolezza/Intuizione: la persona ha una migliore comprensione di quanto</p>		

<p>sentimenti inespressi, cognizioni inappropriate, bisogni non soddisfatti, e significati perduti si presentano in relazione al problema attuale. Questa nuova prospettiva (ad esempio, intuizione, consapevolezza) fornisce un primo passo per assumersi la responsabilità di sé e fornisce una direzione per il cambiamento. Il processo di scoperta porta a una nuova prospettiva sull'eziologia, sul mantenimento e sul significato del problema.</p>	<p>circostante. c) Genitore antico: la figura terapeutica interviene con un intervento intenso e preciso, per diminuire il controllo troppo rigido e serrato della persona. La figura terapeutica viene percepita più nettamente come antico-genitore.</p>	
<p>4. Impegno/decisione: la persona esprime implicitamente o esplicitamente la determinazione a cambiare i comportamenti, il modo di relazionarsi, le prospettive, e si assume la responsabilità per la direzione della sua/ la sua vita.</p>		
<p>5. Sperimentazione/azione: la persona risponde, si relaziona, sente, si comporta e pensa in modi nuovi e diversi e in conformità con la nuova prospettiva. Prova (esperimenti con) la nuova consapevolezza nelle situazioni di vita quotidiana. La sperimentazione si svolge tra la sessione di terapia e/ o viene provato all'interno delle sessioni di terapia.</p>	<p>Inizia la fase più importante, lunga e piena del processo terapeutico: la ricostruzione della maggiore parte delle EBS più nutritive e arcaiche. 3. Percezioni attuali: a) Genitore nuovo: le vecchie tracce, vengono a poco a poco sostituite con le sensazioni e le percezioni attuali. La persona è in questa fase proprio come un bambino che riceve, assorbe, si nutre. b) Separare genitore vecchio dal nuovo: bisogna separare in modo sempre più netto le vecchie tracce da quello che la persona percepisce oggi in terapia. La figura terapeutica interviene ad esempio con un tono di voce affettuoso, un gesto tranquillizzante, uno sguardo avvolgente, un tocco rassicurante. La terapia prosegue e va oltre, per poter trasferire i miglioramenti raggiunti in seduta anche all'esterno. c) Separare genitore dal terapeuta: la persona deve realizzare che non è tanto il nuovo genitore a produrre i miglioramenti, ma è piuttosto lei stessa che ha raggiunto nuove sensazioni, nuove capacità, ed è lei stessa a possederle.</p>	
<p>6. Integrazione/ consolidamento: la persona fa il proprio e si solidificano quelle nuove azioni, sentimenti, percezioni, ecc., che sono coerenti con il senso del proprio sé.</p>	<p>4. Autonomia capacità a) Continuità della relazione: ricostruzione della continuità delle Esperienze positive del Sé, al di là di contrarietà quotidiane. b) Recupero delle EBS più attive: ricostruzione delle EBS più attive: forza, dare, andarsi a prendere, opporsi, separarsi.</p>	
<p>7. Cessazione: la persona, avendo raggiunto gli obiettivi di consulenza, si prepara a vivere senza il supporto delle sessioni di terapia. I sentimenti della persona per quanto riguarda la cessazione della terapia sono considerati ed elaborati.</p>	<p>c) Rafforzare: il percorso psicoterapeutico mira al recupero pieno dell'autonomia e delle capacità (EBS), e a risultati stabili e duraturi. La persona scioglie gli ultimi residui di carenze e alterazioni, si rimette in gioco nella vita, verifica realmente le capacità riacquistate.</p>	<p>Fase finale</p>

Generalmente, e come sopra sollevato, esiste una buona evidenza empirica per sostenere l'affermazione che esistano fattori comuni di cambiamento tra diversi orientamenti psicoterapeutici, mentre allo stesso modo altri differiscono significativamente tra di loro al punto da poter essere visti come contributi unici dei particolari approcci di psicoterapia

(McAleavey & Castonguay, 2015). L'implementazione di metodi qualitativi risulta importante per investigare questi fattori di cambiamento comuni, unici, e la loro interazione, nell'ambito di ricerca del processo in psicoterapia. Inoltre, si specifica che sarebbe illusorio pensare che il cambiamento, in termini delle fasi del modello SPMCP associate ad una determinata fase dell'intervento terapeutico Funzionale, seguano un andamento lineare e consecutivo. È ben noto che possono presentarsi riacutizzazioni dei sintomi e riemergere esperienze antiche lungo il percorso di terapia. In seguito, andremo ad esplicitare alcuni aspetti fondamentali dello studio di cambiamento nella psicoterapia Neo-Funzionale.

Nel processo terapeutico Funzionale, in termini di una Psicoterapia Integrata, i fattori di cambiamento sono tutti presenti a seconda delle fasi nelle quali si sviluppa, ovverosia, la Terapia Funzionale inevitabilmente agisce su tutti i piani Funzionali del Sé (Rispoli, 2004, 2016). Come sopra sollevato il modo di procedere in Psicoterapia Funzionale, è quello di andare a recuperare i Funzionamenti non pienamente sviluppati della persona attraverso un Progetto Terapeutico direzionato e suddiviso per fasi evolutive (Rispoli, 2004, p. 214). Tuttavia, sarebbe illusorio intendere questi fasi come nettamente rigide e precise, ma si tratta piuttosto di considerarle in un continuum attraverso cui il processo evolve sino a giungere alla pienezza del Sé (Rispoli, 2004, p. 262). Nelle fasi si modificano non solo elementi che caratterizzano il processo terapeutico, ma anche le modalità d'intervento della figura terapeutica Funzionale (Rispoli, 2016, p. 178). Le fasi che puntualizzano il processo terapeutico possono essere osservate da varie prospettive. Ovverosia, da un lato le ricerche sul modello Funzionale hanno permesso di individuare determinati eventi che si presenterebbero *regolarmente* all'interno del processo terapeutico, indipendentemente dal soggetto, dalla figura terapeutica o dalle caratteristiche di cambiamento. Questi, ad esempio, comprendono il primo netto miglioramento dei sintomi, la intensa riacutizzazioni dei sintomi, l'emergere di un vissuto antico e il cambiamento all'opposto delle Funzioni stereotipate (Rispoli, 2004, pp. 218–219). Dall'altra parte Rispoli (2004) solleva due categorie di criteri, *diagnostici* (es. criterio del transfert e del rapporto affettivo, criterio della relazione) e *terapeutici* (es. criterio della configurazione funzionale, criterio della regressione e dell'integrazione) che permetterebbero di valutare e individuare le fasi del processo terapeutico individuale. Quest'ultimi sono strettamente connessi tra di loro, nel momento in cui l'intervento *terapeutico* è guidato da una continua valutazione dei segnali che provengono dalla persona e dalla relazione, nonché dagli criteri *diagnostici* (Rispoli, 2004, p. 274). Ora, secondo Rispoli (2016) lo studio del processo di cambiamento in Psicoterapia Funzionale è particolarmente complesso, nel momento in cui si tenderebbe a un cambiamento di tutte le Esperienze di Base

del Sé alterate. In altre parole, tutti i fattori di cambiamento sono importanti, ma nessuno di essi da solo basterebbe per spiegare pienamente il processo terapeutico (Rispoli, 2016, p. 139).

Di fronte a quanto esposto circa la complessità dello studio di cambiamento in psicoterapia in sé e le caratteristiche precise di un percorso di Psicoterapia Integrata di stampo Neo-Funzionale, si è deciso di attingere al modello SPMCP (Meier & Boivin, 2000) teoricamente supportato da più di 80 modelli di psicoterapia. Come precedentemente accennato, solleviamo il fatto che attraverso questa metodologia e sulla base del materiale di dati disponibile, il cambiamento è stato colto prevalentemente sul piano Cognitivo-simbolico Funzionale. Tuttavia, si è cercato di integrare, ove possibile, elementi che indicassero i Funzionamenti sugli altri piani (Fisiologico, Emotivo, Corporeo-posturale) sulla base del materiale di dati e sulla base delle osservazioni della psicoterapeuta Funzionale. Inoltre, si puntualizza che per quanto la visione attraverso cui è stata effettuata l'analisi dei dati possa risultare "parziale", la considerazione di ciascun piano di Funzionamento, in ottica Neo-Funzionale, esprime l'intera unità e globalità del Sé (Rispoli, 2017b). Si ricorda ulteriormente che i percorsi psicologici presi in esame, rappresentano una tappa giuridica-normativa nel loro percorso di Affermazione di Genere. Si assume che questo abbia inevitabilmente influito sul percorso terapeutico. Ritourneremo a questo punto in maniera più approfondita nella parte della Discussione dei risultati. Inoltre, un ulteriore aspetto relativo al processo di cambiamento del Sé è, che i soggetti, come avvenuto nei due percorsi presi in esame, richiedano un accompagnamento prolungato che vada oltre il periodo iniziale dell'accompagnamento psicologico e che possa supportarli durante la "trasformazione corporea" indotta dai trattamenti ormonali e/o chirurgici. Secondo la Dott.ssa Rosin (02/2022, Comunicazione Personale) è possibile che il processo "immaginario" della trasformazione corporea, ma non solo, possa svelarsi, differente da ciò che accadrà, soprattutto all'inizio dei trattamenti. A tal punto il processo terapeutico ulteriormente si trasforma nel momento in cui lo sviluppo e lo stravolgimento del Sé si avvierà verso la realizzazione sempre più concreta del progetto identitario psico-corporeo e sociale.

La Procedura

La metodologia di Analisi Tematica di Meier e Boivin (2000), mirata a delineare il cambiamento del Sé lungo il percorso di Psicoterapia Funzionale, è stata adattata al nostro studio in virtù della cornice epistemologica e metodologica nonché del modello di psicologia Neo-Funzionale. Sono state incluse le sedute selezionate in maniera randomizzata, ovverosia una seduta al mese a partire dalla decima seduta. Così è stato possibile tracciare il processo di

cambiamento del Sé con riferimento alle Esperienze di Base approfondite nella prima parte dell'analisi dei dati, nonché, tramite la metodologia di Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006). Ove lo si è ritenuto opportuno, poiché è stato rilevato un cambiamento significativo, sono state prese in considerazione anche le prime dieci sedute del percorso. I seguenti passaggi sono stati eseguiti in contemporanea durante il processo di analisi, un esempio è riportato in Tabella 2.

1. **Familiarizzare con i dati:** Questo passaggio può essere ripreso quanto sopra riportato rispetto alla procedura dell'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006) (vedi sottocapitolo 3.4.2)
2. **Segmentare il materiale di dati a seconda delle unità di significato:** In questo passaggio si è andato a inquadrare e identificare degli stralci nel materiale di dati di lunghezza variabile da uno o più frasi a seconda delle caratteristiche di significato. Diversamente dall'approccio di Braun e Clarke (2006), le unità di significato erano definite in termini di tre caratteristiche costitutive: il tema, l'oggetto del tema (verso la quale la verbalizzazione era indirizzata) e il carattere di *movimento* in relazione alle fasi di cambiamento definite all'interno del SPMPC. Diversamente dall'approccio originale, il quale utilizza una strategia esclusivamente induttiva, le unità di significato sono state identificate relativamente alle EBS, e quindi attraverso un approccio deduttivo. Per quanto concerne il criterio di movimento, le unità di significato sono state valutate in termini del SPMPC, il quale a sua volta è stato applicato nel rispetto del concetto di *mobilità* del modello Neo-Funzionale (Rispoli, 2016). Così, sono state poste delle domande precise al testo, come ad esempio: "Come si trasforma e mobilita la manifestazione dell'EBS *Aprirsi (Raccontare di Sé)* nel corso della psicoterapia? Su quale fase sono collocabili i passaggi di trasformazione nel modello di valutazione SPMPC?"
3. **Definire i temi (EBS):** Gli stralci identificati nel testo sono stati ridotti per andare a definire le unità di significato costitutive del tema, dell'oggetto e dell'indice di movimento. Quest'ultime sono state definite in modo che riflettessero verosimilmente il linguaggio proprio della persona. Inoltre, sono state identificate e interpretate, in modalità deduttiva - diversamente dall'approccio originale - sulla base delle mappe tematiche sviluppate precedentemente per ciascuna delle Esperienze di Base del Sé. In altre parole, ciascuna delle unità di significato è stata interpretata in quanto rappresentativa di una precisa EBS oppure di una precisa Funzione della stessa.

Inoltre, è stata fornita la rispettiva *polarità*, nonché l'alterazione dell'Esperienza di Base o della Funzione specifica (Rispoli, 2016, pp. 48–50).

4. **Identificare l'oggetto del tema:** Per ciascuna delle tematiche, è stato identificato l'oggetto, animato o non, verso il quale le verbalizzazioni erano orientate.
5. **Valutare il cambiamento delle tematiche:** Come ultimo passaggio, è stato esplicitato il livello di cambiamento. Precisamente, il livello di cambiamento è stato definito in termini di movimento progressivo del soggetto lungo le sette fasi del SPMCP (Meier & Boivin, 2000).

Tabella 2

Esempi dell'Analisi Tematica del Cambiamento in Psicoterapia

Stralcio	Unità di Significato	EBS	Oggetto (Fase)
<p><i>Persona:</i> L'ultimo punto coinvolge il mio rapporto con gli altri, il fatto di dover sempre fare la maestrina, cioè il dover essere sempre io quella che deve sopportare, essere conciliante, e a dover dirigere io certe situazioni ... io non vengo mai ascoltata nell'applicazione pratica di questa cosa per un motivo o per un altro io parlo a vuoto e appunto mi becco anche critiche o giudizi avversi e praticamente qui è finita. ... io ho un disgusto tremendo perché io soprattutto in questo periodo qui non ne posso più perché io anzi avrei proprio bisogno... ho bisogno intimo di qualcuno che più o meno faccia così con me quindi non per forza livello di direttive</p> <p><i>Terapeuta:</i> ... Allora c'è una cosa che manca che ti manca fundamentalmente ... è la relazione ... e di dire anch'io vorrei essere come una cucciola, di sentire che qualcuno mi prende per mano mi porta bisogna però che tu ti conceda anche di sentire l'altro, perché c'è un timore un qualcosa sotto potremmo anche cercare il termine giusto di entrare in contatto con gli altri ... proprio uscire di casa.... (Seduta 14)</p>	<p>La persona si rende conto che uno dei suoi malesseri sia legato al suo rapporto con gli altri, ovvero quello di dover sempre supportare l'altro. Tuttavia, il bisogno principale esperito in questo momento è quello di essere supportata dall'altro. La psicoterapeuta aiuta a comprendere le dinamiche di mantenimento del problema, ovvero: per far sì che la persona abbia modo di essere tenuta dagli altri deve imparare a sua volta a concedersi di sentire l'altro.</p>	<p>Essere Tenuti VS Doversi Sostenere</p>	<p>L'Altro (Fase 2, Esplorazione)</p>
<p><i>Persona:</i> ... io ho nessuno con cui sfogare e, diciamo così, di cambiare aria. Di cambiare aria e di sentirmi dare quello che io, secondo me, in questo momento, io ho più bisogno di tutte: l'affetto, la protezione. ... una soluzione per me, che sarebbe il balsamo più grande, è proprio un atteggiamento affettuoso, nel senso: quando mia mamma, che lo fa pochissimo purtroppo, noto che quando cambia atteggiamento, fa un atteggiamento affettuoso, a me risolve ... sa cos'è che le dico anche da qualche mese ormai? "tu quando ti capita prova ad abbracciarmi e che ne so, farmi un affetto" e lei mi dice: "eh ma quando lo faccio tu ti ritrai come se fossi..." e io le ho detto: "sì, ma questa cosa qui, te l'ho spiegata tante volte, è una scusa" perché se a me viene da fare un po' così è perché non sono abituata evidentemente. (Seduta 22)</p>	<p>La persona riporta di non avere nessuno con cui sfogarsi, e sostiene di avere bisogno di affetto e protezione. Raggiunge la consapevolezza che per lei una soluzione balsamica potrebbe essere quella di ricevere un atteggiamento affettuoso da parte di sua madre, alla quale ha iniziato a chiedere esplicitamente di abbracciarla di più.</p>	<p>Essere tenuti VS Doversi sostenere</p>	<p>L'Altro: Madre (Fase 3, Consapevolezza)</p>

Il Sogno in Psicoterapia Funzionale

Come specificato in più riprese le *unità di analisi* del presente studio coinvolgono principalmente il piano Funzionale Cognitivo-simbolico della persona che comprende una serie di processi Funzionali tendenzialmente più studiati nell'ambito dei modelli di psicologia tradizionali (Ricordi, Consapevolezza, Razionalità, Controllo, Fantasie, Immaginazione, Struttura del tempo, Simbolico). Tuttavia, in ottica Neo-Funzionale questi processi Funzionali non sono considerati esclusivamente “mentali” o “psichici” ma sono concettualizzati rappresentativi della persona nella sua interezza (Rispoli, 2004, 2014, 2016). Così la prospettiva Neo-Funzionale supera la cultura dicotomica di corpo e mente, o quella del “corpo della mente”, in funzione di una visione più attenta alle dimensioni soggettivi e relazionali del corpo stesso, nonché della “mente nel corpo” (Faccio, 2008). Nel modello Funzionale per “corpo” si intende l'insieme di tutti i meccanismi d'organizzazione di tutti i vari piani del Sé che incarna e conserva tutti i *movimenti* della persona, ovverosia ogni esperienza di vita che la persona attraversa (Rispoli, 2004, 2014, 2016). Secondo il modello Neo-Funzionale il sogno è una Funzione del piano Cognitivo-simbolico della persona (Rispoli, 2004, pp. 39–43, 2016, p. 22; Sorrentino, 2017, p. 12) e rappresenta un contatto profondo della persona con i nuclei del Sé, al di là di filtri razionali e di controllo (Rispoli, 1993), indicando il suo Funzionamento su molteplici livelli: relativamente alla storia personale, agli altri piani Funzionali del Sé, ai bisogni e alle necessità “compensatorie” rispetto alle EBS alterate e/o carenti, al procedere della terapia e ai cambiamenti profondi del Sé che stanno accadendo o stanno per accadere (Sorrentino, 2017, p. 21). Dunque, il lavoro con i sogni in psicoterapia Funzionale mira, non solo ad illustrare il piano di Funzionamento Cognitivo-simbolico della persona, e non solo si riferisce al vissuto attuale del paziente o ai schemi cognitivi e/o comportamentali, ma guarda la persona e la sua storia nella sua completezza, nonché l'evoluzione nel processo terapeutico e il cambiamento reale su tutti i piani del Sé (Sorrentino, 2017, pp. 31–33). La dimensione temporale del sogno comprende il vissuto attuale, il passato e quello in divenire considerato sempre in relazione agli altri piani di Funzionamento del Sé. Sorrentino (2017) espone alcuni elementi degli studi condotti da Luciano Rispoli attraverso cui il sogno della persona possa configurare un indice delle diverse fasi della psicoterapia e così del cambiamento del Sé lungo il percorso. In primo luogo, il sogno può raffigurare una conferma della Diagnosi e del Progetto Terapeutico Funzionale in relazione alle EBS verso le quali esso è indirizzato. I sogni che la persona riporta durante la *fase iniziale* della terapia (Hill, 2005) possono rivelare le Funzioni più compromesse all'interno di una stessa EBS alterata, ad esempio la Voce

nell'Aprirsi (Raccontare di Sé). Un ulteriore elemento frequente nel vissuto onirico della persona in questa fase potrebbe essere legato al fatto che abbia trascorso un periodo più o meno lungo di tentativi inutili per risolvere il proprio malessere prima di iniziare la psicoterapia. Alcune EBS collegate a tale difficoltà sono l'Essere Considerati, l'Essere Tenuti, nonché tentativi di Controllo. In relazione, si è notato che all'inizio della terapia i personaggi dei sogni sono quelli con cui la persona ha avuto maggiori difficoltà relazionali. Elementi che segnalano che la persona si ritrovi in fasi successive della terapia sono quelli che contengono nuovi elementi, ovvero potrebbero contenere lo stesso vissuto dei sogni nella fase iniziale della terapia, ma con caratteristiche diverse. Possono cambiare le sensazioni evocate dal sogno oppure apparire persone "buone" indicando il passaggio di entrata in terapia, in cui la persona inizia a percepire che c'è qualcuno che la aiuta in situazioni ancora non facili o paurose. Quando un vecchio sogno, o alcuni elementi di esso, con contenuti negativi si ripresenta cambiato positivamente, ovvero presentando soluzioni diverse, possiamo assumere che la persona si ritrovi in una fase di recupero di una capacità (EBS) che talvolta anticipa il recupero consapevole della stessa. I sogni possono indicare anche momenti di ricaduta in cui le Vecchie tracce riappaiono, cioè i modi in cui la persona si presentava possono riaprirsi ancora. Conclusivamente, secondo l'autrice il sogno rappresenta un prodotto del paziente e non quello che il terapeuta afferma. La figura terapeutica Funzionale può, insieme alla persona, cocostruire una lettura del sogno in termini di un approfondimento del lavoro terapeutico e sempre in relazione agli altri piani del Sé del Funzionamento complessivo della persona. Nel sogno possono così svelarsi nuove direzioni di Funzionamenti, con una certa anticipazione rispetto alla consapevolezza che la persona ha dei suoi *movimenti* in quanto considerato come espressione del Sé nella sua interezza.

All'interno del nostro studio si è scelto di *esplorare* il contributo onirico dei soggetti transgender relativamente alle osservazioni e interpretazioni forniti dalla terapeuta Neo-Funzionale durante le sedute selezionate per lo studio del percorso terapeutico. Così si è cercato di illustrare una ulteriore "lente" per tracciare il cambiamento e lo stravolgimento del Sé lungo la Psicoterapia Funzionale. A tal proposito sono stati riportati gli stralci significativi del testo relativi all'esposizione e interpretazione dei sogni, le quali sono stati messi in relazione alle Esperienze di Base del Sé nonché al cambiamento del Sé in atto.

4 ANALISI DEI DATI

“Siamo itinerari che si snodano attraversando la conoscenza di Sé.”

Ale (AFAB, in Rosin, 2022)

4.1 Analisi Tematica

Il primo obiettivo di questo progetto di ricerca è stato quello di offrire una lettura dell'esperienza vissuta di due persone transgender attraverso l'applicazione del modello Neo-Funzionale. Precisamente sono state prese in esame le prime dieci sedute del percorso terapeutico, supposti costituirvi della *fase iniziale* del percorso (Hill, 2005). Durante questa fase la persona viene accolta nella sua interezza, nei suoi aspetti positivi e nei suoi disfunzionamenti, e attraverso la somministrazione degli strumenti di valutazione Funzionale vengono definiti gli obiettivi della psicoterapia, ovverosia, viene definito un progetto terapeutico preciso. Il Progetto Terapeutico va a configurarsi attraverso l'individuazione delle Esperienze di Base del Sé che lungo il percorso di vita della persona sono rimaste alterate o risultano carenti. Nell'intervento terapeutico si tratta così di proporre un riattraversamento di queste Esperienze, comprensivi di tutti i piani di Funzionamento del Sé, nella direzione di cambiamento (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 45). Dunque, in seguito presenteremo i risultati dell'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006). Si richiama, che in merito a tale analisi sarà fornita una descrizione dettagliata delle EBS, costitutivi del Progetto Terapeutico, e le tematiche elaborate sulla base del corpus di dati rappresentativi della manifestazione alterata delle stesse. A tale scopo saranno elencati alcuni stralci esemplari identificati nel testo che sono stati presi in esame per andare a formulare le tematiche relative alle EBS. Inoltre, le tematiche saranno illustrate attraverso una rappresentazione grafica.

4.1.1 Caso Clinico Alessia (AMAB)

Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)

L'esperienza di Essere Considerati (Visti, Ascoltati, Capiti, Aiutati, Valorizzati) porta la persona a costruire una percezione di sé, di com'è e di come appare, attraverso lo sguardo e l'ascolto delle persone che le stanno vicine (Rispoli, 2004, pp. 122–125, 2016, p. 49). Si tratta di esperienze che sono in stretta connessione sia con il Mostrarsi al mondo con piacere – con e attraverso il proprio corpo – e riceverne segni di approvazione, sia con il riconoscimento della necessità del Portarsi l'altro per riceverne aiuto (Rispoli, 2004, p. 122). Nel caso di Alessia queste EBS erano in profonda relazione. La polarità dell'esperienza di Essere Considerati è

rappresentata dalle capacità di Aprirsi, Condividere e Raccontare di Sé. Nonostante, nel caso di Alessia, quest'ultime apparissero salde e sviluppate, venivano vissute in maniera compromessa a causa di una serie di preoccupazioni legate all'Essere Considerata come persona transgender. Alessia sostiene che le persone sconosciute frequentemente e fin dall'infanzia si rivolgano a lei al femminile. Considera questo vissuto come *"ironia della sorte"*, che avrebbe ulteriormente rinforzato il processo di *"scoperta"* di sé. Prova, tuttavia, un *"disagio tremendo"* a sapere di poter essere trattata al maschile. Nonostante si consideri una persona sociale e con voglia di conoscere nuove persone e il mondo, la preoccupazione di poter Essere Vista e trattata al maschile la limitano nell'uscire di casa, nel camminare in pubblico e nell'entrare in contatto diretto, anziché virtuale, con le persone. Si aggiunge il sentirsi incompresa e svalorizzata da parte del padre, che rifiuta e sminuisce apertamente il suo essere femminile negando qualsiasi confronto diretto. La madre di fatto assume una posizione di tramite nella relazione tra Alessia e suo padre: *"Mia mamma deve fare l'avvocato ... quando sono soli [lei e mio padre]¹⁵, spiega le cose al posto mio... che è una cosa scomodissima e stupida ... perché ... mia mamma non è me"* (Seduta 2). La madre sembra aver accettato la sua condizione come persona transgender, supportandola: *"Mia mamma in questo ambito ... mi sta molto vicina ... e si sta anche sforzando non era preparata ad una cosa del genere, però l'ha accettata... e adesso è molto disponibile"* (Seduta 1). Tuttavia, come vedremo più avanti e lungo il percorso della psicoterapia (vedi paragrafo 4.3.1) anche la madre non riesce a colmare il Bisogno di fondo di Alessia di Essere Considerata e Tenuta appieno, con Amore e Protezione. Inoltre, Alessia riferisce un forte bisogno di Mostrarsi al mondo con piacere e di attrarre sessualmente, prevalentemente nel mondo *social* in cui condivide foto e video vestendosi in modo femminile e/o interpretando personaggi manga e anime giapponesi identificandosi con gli stessi. Durante la prima seduta Alessia si presenta con *"capelli biondi curati"* e una *"giacca a vento rosa"*: *"Questa qui è la mia identità, mi vesto così perché mi sento proprio di vestirmi così"*. Sostiene che l'unico momento in cui si sente *"bene"* è quello in cui ha la possibilità di esprimersi e Mostrarsi per la persona che si sente di essere, un vissuto che tuttavia avrebbe modo di realizzare prevalentemente nel mondo *virtuale*. Nel mondo delle chat e piattaforme social comunica e talvolta flirta con diverse persone presentandosi come una donna e poi eventualmente presentandosi come persona transgender. Prova timore invece nel Mostrarsi nel mondo *reale*, convincendosi del fatto che nel momento in cui entrasse in contatto reale, anziché virtuale, con le persone, queste *"scapperebbero"* riconoscendola come persona transgender. A questo si collega l'enorme disagio esperito per il proprio aspetto corporeo, e

¹⁵ Le parti tra parentesi quadrate sono delle note aggiunte dalla ricercatrice, nonché trascrittrice dei testi e analista dei dati.

per le sue caratteristiche sessuali maschili, un punto che sarà approfondito nel paragrafo successivo in merito all'EBS delle Sensazioni. Alessia desidera molto essere apprezzata e desiderata come persona, anziché come "oggetto sessuale". Sostiene in più riprese di sentire il bisogno di affetto e di protezione, prevalentemente da una figura maschile bisessuale. Precisamente, esplicita che le uniche persone con cui avrebbe modo di iniziare una relazione sentimentale, dovrebbero avere un orientamento sessuale "etero-flessibile", ossia, essere attratti sia da femmine che da maschi.

Le manifestazioni delle attuali esperienze vissute legate all'Essere Considerati, al Mostrarsi e al bisogno di Portarsi l'Altro per riceverne aiuto, hanno potuto essere illustrati attraverso la formulazione di una serie di tematiche rappresentative dei vissuti significativi riportati da Alessia durante le prime sedute del percorso psicologico. Le tematiche e i rispettivi passaggi identificati nel testo, di cui qui è stato riportato un campione esemplare, esprimono questi vissuti nel seguente modo:

- "mi scambiano tutti per femmina"

"ironicamente, sarà un'ironia della sorte... mi prendono proprio per femmina" (Seduta 2)

"mi sono scoperta ... perché ho già avuto tante prove che mi chiamano al femminile" (Seduta 4)

- "provo un disagio enorme a sapere che posso essere preso per maschio"

"io anche adesso vado per strada e provo proprio disagio a sapere che posso essere preso per maschio, un disagio enorme... e questo ultimamente ... sta peggiorando ... sotto il punto di vista dell'uscire, quando esco provo disagio, molto disagio" (Seduta 1)

"sento come di essere dentro una rete di sguardi e la cosa peggiore è quando ci devo avere il contatto diretto ... perché allora lì... vengo chiamata, cioè al maschile" (Seduta 2)

- "mio padre rifiuta la mia condizione"

"quindi mio papà è così rifiuta la mia condizione ... e poi è convinto che sia un passaggio, che sia una mania, così... lui non crede alle malattie mentali, crede che lo faccia apposta... una moda che passerà... che mi è girato un giorno così e mi passerà" (Seduta 3)

"con me neanche ci vuole parlare, non lo ha mai fatto... e qual è il problema concreto... è che lui nonostante con me non parli ... mi chiama sempre Alessio, nonostante sappia, usa sempre il maschile" (Seduta 8)

- "faccio foto, video e cosplay"

"faccio anche delle foto erotiche ma non porno, che mi fanno schifo, mi stimola e mi piace tanto l'erotismo, faccio anche video... ma in realtà non le mando nessuno... non trovo nessuno a cui mi piaccia mandarle... a parte queste poche persone con cui ho un rapporto affettivo ... e anche di attrazione ... al momento giusto e dosato, gliele posso mandare" (Seduta 10)

“perché faccio anche cosplay... o anche appunto dei travestimenti da personaggio proprio... non interpreto ma sono proprio io” (Seduta 10)

- “voglio attrarre”

“la mia fonte di eccitazione principale è sentire di essere desiderata ... quindi di attrarre” (Seduta 7)

- “l’unico momento in cui mi sento bene è quando mi esprimo, però ho timore”

“diciamo che l’unico momento in cui mi sento bene è proprio quando mi esprimo... posso fare comportamenti da femmina, che non posso farlo poi tra l’altro, quindi bene o male non c’è mai questa soddisfazione, questa liberazione. C’è sì, in chat.” (Seduta 2)

- “appena arrivo, scappano”

“ci provano tutti con me, ogni secondo... ma non ci vado... non ci esco, ... perché ... mi vergogno io, mi faccio schifo da sola... ho pensato, dovrei uscire con un bisex... che mi ha esplicitato che gli piacciono sia i maschi sia le femmine... preferirei... però non mi azzardo... nei social, ovviamente lì si possono fare degli incontri ... vorrei tanto... vorrei veramente tanto... vorrei incontrare tanta gente, vorrei... però io dico “appena arrivo, scappano” quello poco ma sicuro” (Seduta 3)

- “ho tantissimo bisogno di una figura affettiva”

“adesso io avrei bisogno... di comunque di una persona, di affetto diciamo così... ho tantissimo bisogno sì, di una figura estremamente affettiva eccetera eccetera... semplicemente bisex... al momento attuale credo che proprio come figura... io avrei bisogno di un maschio” (Seduta 3)

Di seguito, i temi, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Alessia, sono rappresentati graficamente attraverso una mappa tematica. Al centro vi è l’EBS dell’Essere Considerati che, come macro-tema, ha guidato l’analisi dei dati, attorno vi sono i temi dominanti rappresentati con degli ovali. Inoltre, sono rappresentate due ulteriori EBS identificate in relazione all’EBS Essere Considerati, ovverossia, il Mostrarsi e il Portarsi l’altro.

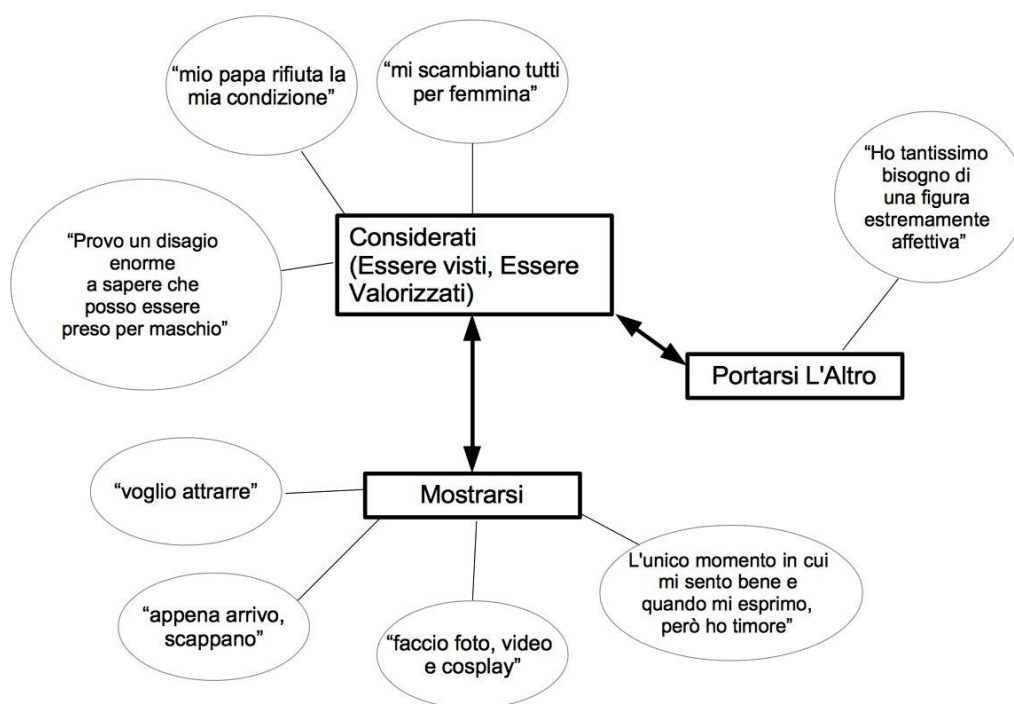


Figura 4. Mappa tematica per l'EBS Essere Considerati.

Sensazioni (Sentirsi, Conoscersi)

Le Sensazioni sono il principale mezzo attraverso cui l'essere umano ha la capacità di orientarsi nel mondo (Rispoli, 2004, pp. 136–138). Si tratta di una capacità di ascolto del proprio organismo che reagisce agli avvenimenti, guidandolo nell'agire e nelle scelte della vita quotidiana. In una società dell'immagine con continui input visuali si è spinti a guardare all'esterno di sé stessi anziché a sé stessi e soprattutto dentro sé stessi (Rispoli, 2016, p. 160). Secondo Rispoli (2016) le rappresentazioni Cognitivi-simbolici rischiano così di prendere il sopravvento sulle capacità di sentire e ascoltare le proprie sensazioni corporee. Nel momento in cui le Sensazioni sopresse riemergono alla coscienza, può accadere che esse vengano avvertite come allarmanti, strane ed eventualmente vissute come una esplosione sensoriale dopo un periodo di quasi totale assenza (Rispoli, 2004, p. 137). Infatti, la polarità opposta all'EBS Sensazioni è la Creatività e la capacità di Immaginazione (Rispoli, 2016, pp. 49–51). L'equilibrio sta nel muoversi adeguatamente tra i due poli, ovvero, nella capacità di ascoltare in ugual misura le proprie sensazioni corporee, i propri pensieri e le proprie immaginazioni in relazione alle realtà circostanti. Nel caso di Alessia emergono vissuti che tendono collocarsi maggiormente in direzione del polo della Creatività e dell'Immaginazione. Il contatto con le proprie Sensazioni corporee invece, è vissuto in modo carente, manifestandosi attraverso una serie di disturbi fisiologici perlopiù auto-diagnosticati, o

presumibilmente esagerati, come ad esempio, il disturbo del sonno, tachicardia e difficoltà respiratorie. Alessia sostiene che i suoi sintomi fisiologici si sovrappongono a uno stato di stress mentale legato all'emergenza di un disagio identitario. Inoltre, riporta di soffrire di attacchi di panico camminando in luoghi pubblici a causa della sua preoccupazione e immaginazione di poter essere trattata al maschile. Il tutto va accomunandosi in momenti di "crisi e disperazione" in cui le sue Sensazioni corporee riaccendono alla sua coscienza in maniera *esplosiva*. Durante questi momenti riporta di sentire la necessità di auto-infliggersi ferite per fare evadere questo stato di crisi e di disperazione. Un altro modo attraverso il quale possiamo assumere che Alessia entri in contatto con sé stessa e le proprie Sensazioni corporee è "*l'autoerotismo*". Tuttavia, riporta che la sua morfologia corporea comprometterebbe la possibilità "*di dare libero sfogo*" alla sua pratica masturbatoria. In relazione a ciò, dà particolare importanza al raggiungimento di uno "*stato psicologico sessuale*". Generalmente, esprime una forte passione per la sessualità erotica, anziché pornografica, e per il lato "*creativo nella sessualità*", nonostante non abbia mai sperimentato rapporti sessuali *reali* con altre persone. Un ulteriore tema emergente è il processo di definizione di sé che Alessia ha potuto costruire sulla base delle sue Sensazioni corporee e la sua capacità di Immaginazione. Come già accennato Alessia riporta un interesse per i manga e anime giapponesi – i personaggi YAOI – per descriversi e per scoprire la propria sessualità e identità sessuale identificandosi con gli stessi. Racconta inoltre, di non sentirsi per forza appartenente al sesso femminile, collocandosi attualmente in una fase incerta nella sua definizione identitaria, pur spostandosi nel femminile. Per questo, durante le prime sedute del percorso, esplicita il desiderio di farsi chiamare Ale, anziché, Alessia. In relazione a tale ambiguità rispetto al senso di sé, riporta di vivere delle "*crisi coscienti*" nelle quali esperirebbe un "*battibecco*" con il suo subconscio che si rivolgerebbe a lei al maschile. Tuttavia, avverte che una parte della sua identità femminile avrebbe cominciato a sedimentarsi in proporzione all'aumento di uno stato di malessere sia fisico che mentale. A ciò, si collega la percezione negativa della propria immagine corporea introdotta nel paragrafo precedente. Come ultimo, la sua capacità immaginativa e creativa si rivela anche nei suoi vissuti onirici e nel modo attraverso cui è capace di riportarli in dettaglio. Tuttavia, narra che i suoi sogni tendono a lasciarle sensazioni perlopiù negative e di terrore.

Ecco alcuni passaggi esemplari identificati all'interno del corpus di dati, sulla base di cui sono state formulate una serie di tematiche e sotto-tematiche rappresentative della manifestazione alterata di questa EBS. Le tematiche sono introdotte attraverso un punto elenco nero, mentre le sotto-tematiche sono precedute da un punto elenco bianco.

- Disturbi fisiologici

*“secondo me **aggiungendosi questa causa fisica si aggiunge un ulteriore tassello allo stress mentale... è una cosa che si va a sovrapporre...questa è la condizione a livello fisiologico che c'entra comunque con quello mentale**” (Seduta 8)*

- “disturbi del sonno”

*“**credo di avere disturbi del sonno... allora io mi faccio le autodiagnosi poi vediamo, però credo che dipendono da questa situazione psicologica di stress**” (Seduta 3)*

- “problemi respiratori”

*“io credo di avere ... **disturbi del sonno, credo anche derivi da problemi respiratori, di lieve entità**”(Seduta 4)*

- “mancanza di ossigeno al cervello”

*“**verso sera comincio ad avvertire una sorta di pesantezza alla testa... che descrivo dovuta ad una mancanza di ossigeno, io non sono presente tanto con la testa, come quando si è in sbornia... come se mancasse ossigeno al cervello**”(Seduta 8)*

- “disturbo in zona cardiaca”

*“**ho capito, e poi mi è stato anche confermato da certe cose, che le spiego bene, di avere una sorta di disturbo in zona cardiaca**” (Seduta 9)*

- “prurito”

*“in questo periodo... per esempio, ieri è successo, **ho prurito, ma questo prurito è dovuta anche ad una condizione di stress che ho, senza dubbio, e dio quando mi depilo, che ho una pelle delicatissima**” (Seduta 8)*

- “attacchi di panico”

*“**ogni volta che esco mi vengono gli attacchi di panico**” (Seduta 2)*

- “stati di crisi e disperazione”

*“**ho avuto una crisi ... è uno stato totalmente turbato anche con, con crisi quasi di panico... uno stato in cui ... sclero... e mi viene da piangere... è veramente uno stato molto alterato, molto proprio intenso... che è più emotivo, quindi non ho neanche più pensieri razionali tanto... e disperazione, sono cose così... voglia di violenza anche verso di me... però è successo solo una cosa sola... io in quel momento vorrei tanto far evadere questa cosa... e penso di farlo su di me... è una cosa che dovrebbe uscire, ma non posso penso di tagliarmi anche, ma non lo faccio perché non voglio che poi mi rimanga il segno ... non ce la faccio a tagliarmi, ho come un super io che mi blocca, però questa cosa qui deve uscire, quindi in quel momento specifico mi sento ancora più compressa... più disperata**”(Seduta 5)*

- Sessualità

- “mi autococco”

“io non ho mai intenzioni sessuali di per sé... ho intenzione semplicemente di coccole che poi sfociano... o comunque è autoerotismo ma con una componente affettiva e di protezione, quindi la sessualità la vivo troppo attaccata al lato affettivo”(Seduta7)

- “dò libero sfogo al mio autoerotismo, ma ogni volta trovo ostacoli”

“i peli, praticamente, non mi permettono di appunto vivere in pace il mio erotismo che coinvolgerebbe l'essenziale impiego del corpo ... mi elimina istantaneamente eccitazione e soddisfazione psico-sessuale ... è una condizione di frustrazione perché io do libero sfogo al mio autoerotismo e ogni volta trovo ostacoli”(Seduta 14)

“avendo il pene proprio sia a livello psichico che fisico non mi dà piacere, quando io pratico la masturbazione” (Seduta 14)

- “entro in uno stato psicologico sessuale erotico”

“io ho un'eccitazione ormai... e sta diventando sempre di più, diciamo, a carattere psicologico, ... io sono sempre stata una che usava poco la pornografia, mi piaceva di più immaginare e adesso è diventata all'ennesima potenza... mi eccita ora la psicologia, se io entro in uno stato psicologico sessuale allora sì che sono eccitata, ma mai vedendo roba... mi piace l'erotismo nei rapporti sessuali... a me piace la creatività nella sessualità... è un lato mentale anche lì ... perché mi dà più senso di raffinatezza, di erotismo diciamo” (Seduta 7)

- Definirsi

- “non è che sento l'appartenenza per forza all'altro sesso”

“questa cosa è cresciuta in me... da sette/otto mesi ho portato manifestazioni visive ... anche al di fuori, quindi non solo dentro di me, di una... di un sentire la mia appartenenza... all'altro sesso. O meglio, non è che io senta l'appartenenza per forza all'altro sesso, cioè non è che io idealizzo... ho cominciato a sentire forti disagi col mio... quindi, se vogliamo, per via negativa” (Seduta 2)

- “la mia identità si sta sedimentando”

“sono idoneo con la mia identità che sento di avere... una volta non succedeva” (Seduta 1)

“l'identità si sta sedimentando, gli effetti collaterali della disforia stanno però invece aumentando... quindi ... questa cosa è inversamente proporzionale”(Seduta 6)

- “personaggi YAOI”

“adesso invece il mio istinto è quello dei fare le femmine... dei miei personaggi interpretati... dello YAOI... quindi di serie anime con personaggi maschi estremamente effeminati, femminili... proprio con l'identificazione, e il ruolo e i piaceri che provo in questi personaggi... voglio quelli mirati con cui mi identifico di più e mi piacciono di più” (Seduta 10)

- “crisi cosciente”

*“la mattina, quando mi sveglio ho una sorta di sensazione, **condizione mentale tra l’inconscio e la veglia in cui ho strani pensieri... ho queste sensazioni qui... coscienti ma molto brutti** ...emergono certe cose mie interne negativa sempre e spesso inerenti la disforia e queste cose qui... **io ero cosciente tra me e me...** sento che appunto **io penso al femminile e quando posso parlo anche col femminile** e mi sento a mio agio ma in questa condizione ... **il mio inconscio parla al maschile...** questa cosa qui mi destabilizza, mi destabilizza perché mi manda ancora più in confusione non che io abbia un disturbo di identità... nell’inconscio... ma è un fattore che mi mette a disagio con la mia identità però” (Seduta 4)*

- “i sogni me li ricordo molto nitidamente”

“i sogni non sono quasi mai che danno una sensazione positiva” (Seduta3)

“non mi annoio mai ... poi ecco io i sogni me li ricordo molto nitidamente, anche i posti, saprei disegnarli” (Seduta 5)

- “mi vedo e mi faccio schifo”

“il vedermi... questo sia la cosa che mi blocca di più... a me giustamente cresce la barba ... io non sopporto sentire i peli, non ne posso più...sono sempre faccia a faccia davanti lo specchio con me“ (Seduta 6)

*“lavandomi mi stava venendo la depressione perché **mi vedevo nuda e mi facevo schifissimo**“ (Seduta 7)*

In seguito, vi sono rappresentati graficamente i vissuti significativi nella vita di Alessia attraverso una mappa tematica. Al centro vi è l'EBS delle Sensazioni che come macro-tema ha guidato l'analisi dei dati, attorno vi sono i temi dominanti rappresentati con degli ovali e connessi ad essi sono indicati i sotto-temi. Inoltre, è rappresentata l'EBS polare alle Sensazioni corporee, ovvero, l'EBS dell'Immaginazione e della Creatività. Si è cercato di rappresentare alcuni temi come maggiormente tendenti verso il polo delle Sensazioni, mentre altri invece erano supposti tendenti verso il polo della Creatività e Immaginazione.

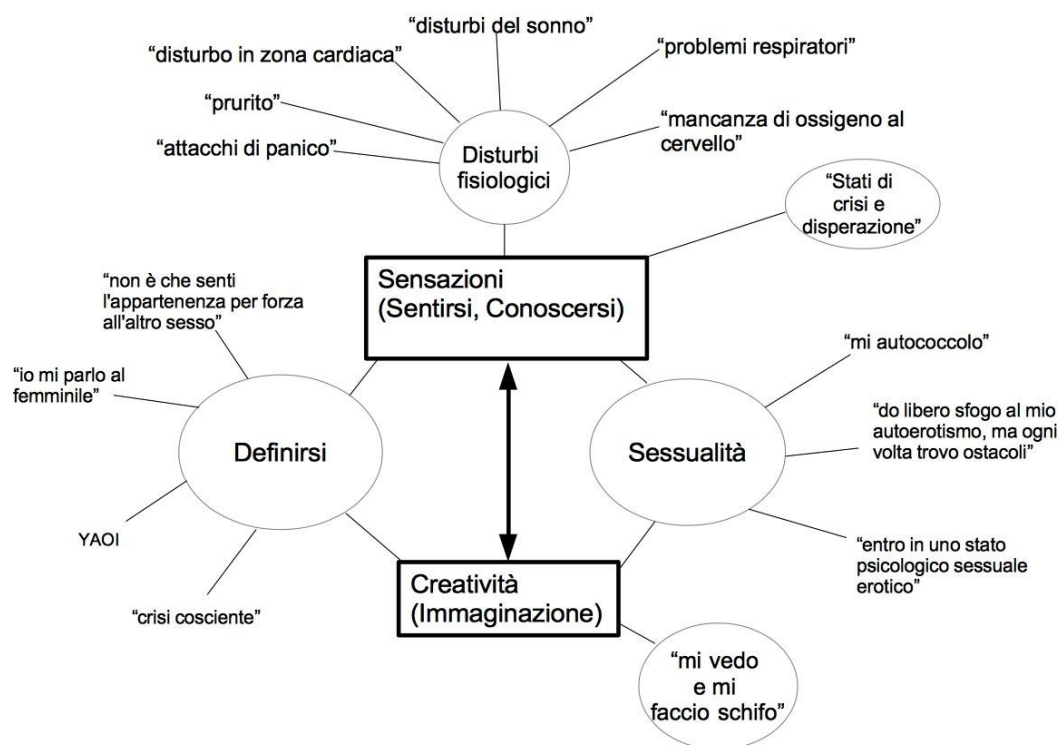


Figura 5. Mappa Tematica dell'EBS Sensazioni.

Benessere (Armonia, Interezza)

In ottica Neo-Funzionale, il Benessere non può essere raggiunto se il corpo non esperisce uno stato di unitarietà, di completezza e di equilibrio tra le varie Funzioni del Sé (Rispoli, 2004, pp. 132–134). Secondo Rispoli (2004) il Benessere non è parziale, ma complessivo, includendo tutti i livelli del Sé ed esprime una concezione di pienezza delle sensazioni psico-corporee. La polarità opposta di questa EBS è l'esperienza del Dolore (Rispoli, 2016, p. 50). Anche in questo caso si assume che un Funzionamento equilibrato può essere raggiunto nel momento in cui la persona abilmente si muove tra le polarità, integrandole, e sapendo esperire pienamente sia una che l'altra polarità esperienziale. L'EBS del Benessere, nel caso di Alessia, è alterata nel momento in cui la maggior parte dei suoi vissuti attuali si accostano intorno alla polarità del Dolore. Oltre, ai disturbi fisiologici presentati nel paragrafo precedente, Alessia esperisce un forte disagio con la sua identità. Come sopra accennato, Alessia sostiene che questo malessere dovuto ai sintomi fisiologici si sovrapporrebbe ad uno stato di malessere emotivo e mentale. Tuttavia, descrive come i suoi malesseri fisiologici, mentali ed emotivi non siano collegati tra di loro in modo causale, ma sarebbero emersi contemporaneamente circa sette-otto mesi fa. In particolare, individua come siano stati proprio questi disagi che la avrebbero spinta a muoversi per iniziare il suo percorso di

Affermazione di Genere. Una ulteriore fonte di disagio persistente è legata al clima familiare e soprattutto alla relazione difficoltosa con suo padre. In casa, avverte una sensazione di angoscia, tensione e paura. Il tutto va accomunandosi in momenti di “crisi e di disperazione” come vi è riportato nel paragrafo precedente.

Ecco i temi indicativi dei vissuti significativi nella vita di Alessia e rappresentativi dell’esperienza alterata del Benessere:

- “disagio dell’identità”

“da sette mesi ormai e passa... avverto proprio il mondo sotto una prospettiva diversa ... un senso di estraniamento, di malessere e proprio anche di umore, di calo di umore, di stati, comunque, ansiogeni... questa cosa qui è strettamente collegata quando ho cominciato ad avvertire disagio con la mia identità ... però l’unica cosa che so è che questi disturbi dell’umore, questo disagio, ma a 360 gradi, corrisponde ai primi sintomi proprio di un forte disagio sull’identità, quindi non è che io avendo un disagio dell’identità, cominciando questa cosa, ha cominciato per questo ... è una cosa che però è venuta fuori insieme” (Seduta 2)

“se non ci fosse stato questo malessere non mi avrebbe neanche spinto a... muovermi” (Seduta 3)

- “con papà, ho un disagio enorme”

“la mia situazione è nettamente peggiorata... proprio tanto tanto tanto... tanto che io non riesco neanche a stare nella stessa stanza con lui [padre], non ci riesco... il contatto con lui anche se lui non fa niente di per sé... è sempre di tensione ormai, io non riesco più a stare con lui” (Seduta 3)

“io non ho ostilità verso di lui... è come una reazione di paura... come un animale che fugge da un pericolo” (Seduta 8)

Di seguito, vi sono rappresentati graficamente i vissuti significativi relativamente alla manifestazione alterata dell’EBS del Benessere. La stessa è rappresentata insieme alla sua EBS polare del Dolore. Insieme queste esperienze hanno guidato l’analisi dei dati. Attorno vi sono i temi dominanti rappresentati con degli ovali, alcuni delle quali si sovrappongono alle tematiche relative al EBS delle Sensazioni descritta nel paragrafo precedente (nonché i “stati di crisi e disperazione” e i “disturbi fisiologici”).

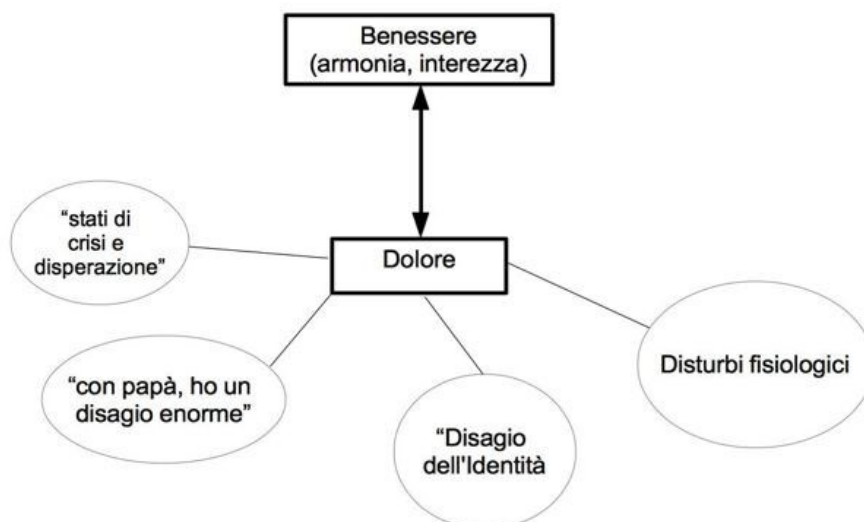


Figura 6. Mappa Tematica dell'EBS Benessere e la rispettiva polarità del Dolore.

Lasciare (Allentare, Incantarsi, Non tenere) e Stare (Oziare)

L'Esperienza di Base del Sé del Lasciare, si riferisce alla capacità inserita nella vita attiva e cosciente attraverso cui la persona riesce ad assaporare il piacere di non dover fare, di sospendere l'essere vigili e in azione, anche e soprattutto a livello muscolare (Rispoli, 2004, pp. 82–84). Si tratta di momenti indispensabili per conservare la propria salute e benessere recuperando energie, vitalità e interrompendo l'eventuale accumulo eccessivo di eccitazione, ansia e stress. L'EBS dello Stare rappresenta una conseguenza naturale del poter Lasciare (Rispoli, 2004, p. 85). Nel momento in cui la capacità di Lasciare esprime una capacità di disattivazione, l'esperienza di Stare esprime una condizione ancora più profonda che necessità una posizione confortevole e una buona capacità di contatto con sé stessi (Rispoli, 2004, p. 85). Nel caso di Alessia, si è scelto di unire le mappe tematiche di queste esperienze emerse dall'Analisi Tematica, nel momento in cui le stesse apparivano strettamente intrecciate tra di loro. La polarità di ambedue le esperienze possono essere unite nelle EBS della Realizzazione, della Vitalità e della Presenza (Rispoli, 2016, p. 49-51). Anche qui l'alterazione nel caso di Alessia si manifesta prevalentemente attraverso un desiderio e una tendenza di realizzarsi continuamente, che si sovrappongono a uno stato di attività continua, nonché, di Agitazione. Come accennato nel paragrafo in merito all'EBS della Creatività e Immaginazione, Alessia è una persona loquace, ricca di risorse, di intellettualità e vitalità. Parla di uno stato di *“lucidità continuo”* e di non *“annoiarsi mai”*. Tuttavia, si osserva che la sua attività continua non le permette di entrare in relazione profonda con le proprie Sensazioni corporee che si manifestano in disturbi fisiologici e stati di tensione persistenti, che sfociano in momenti di *“crisi e disperazione”* (vedi paragrafo Sensazioni). Durante questi momenti,

Alessia sostiene che il “movimento” e il “parlare” “permettere[ebbero] al [suo] corpo di sfogarsi e di stancarsi” per Lasciare ed elaborare lo stato di agitazione. Inevitabilmente il suo stato di attività continua le impedisce di riposare e Stare, presentandosi in disturbi del sonno. Inoltre, gli unici momenti in cui riporta di esperire uno stato di non-attività, in cui non avrebbe voglia di parlare con nessuno, le definisce con il termine “apatia”.

Ecco i temi, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Alessia e rappresentativi delle esperienze alterate del Lasciare e dello Stare:

- “ho un estremo bisogno di muovermi”

“io poi ho un bisogno estremo di muovermi, di spazi” (Seduta 7)

- “io non mi annoio mai”

“io sono una piena di passione, se c’è una cosa che non capisco negli altri è la noia... io non mi annoio mai, ho sempre qualcosa da fare e mi piace tutto potenzialmente ...anche fossi in casa non mi annoierei mai, anzi avrei anche troppe cose da fare” (Seduta 6)

- “nel momento di massima crisi parlo e mi muovo”

“cioè io in quei momenti più non ho più raziocino... ho proprio bisogno di sfogare la fisicità... ehm, infatti per esempio ieri, e mi capita sempre quando ho questa cosa qui, cammino fortissimo avanti e indietro... ho parlato sempre... parlandomi si attenua ... sarà anche un meccanismo inconscio che permette al mio corpo di sfogarsi, di stancarsi” (Seduta 6)

- “tendo a tenere la lucidità”

“questa mia capacità di loquacità e di ragionamento, perché ce l’ho, ce l’ho anche in uno stato inconscio ... io tendo a tenere questa lucidità anche in uno stato in cui io non ci sono tanto con la testa, e questa è una finestra importante” (Seduta 6)

- “stati di apatia”

“ci sono anche dei momenti di, appunto, apatia, ... che ho chiamato depressione... che ci sono dei momenti in cui io non ho voglia di parlare, sono un po’ spenta e non ho voglia ... io sono una piena di passione ... in quei momenti lì non è che mi annoio, ma non ho voglia di fare le cose” (Seduta 6)

La seguente illustrazione mostra la mappa tematica relativamente alle EBS del Lasciare e dello Stare e le rispettive EBS polari. Attorno vi sono i temi dominanti rappresentati con degli ovali.

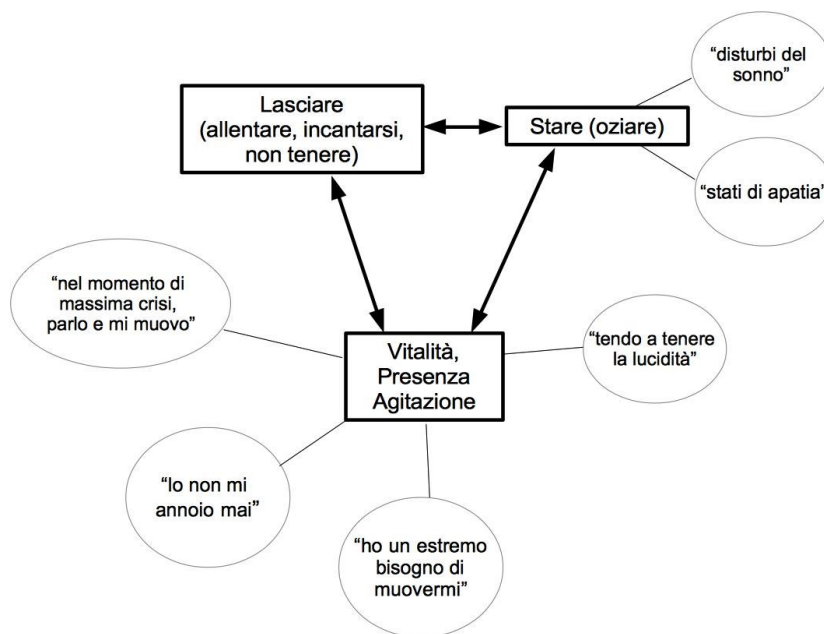


Figura 7. Mappa Tematica dell'EBS Lasciare e Stare e la rispettiva polarità Vitalità, Presenza e alterazione, nonché, Agitazione.

Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)

In ottica Neo-Funzionale l'EBS dell'Essere Tenuti si manifesta attraverso una duplice sfumatura, quella dell'Essere Contenuti e quella dell'Essere Fermati (Rispoli, 2004, pp. 71–76, 2016, p. 49). L'esperienza di Essere Contenuti con mani salde, rassicuranti e protettive è una condizione che genera un senso di tranquillità e di sicurezza. Analogamente nel momento in cui il corpo è Tenuto con una fermezza dolce e accogliente, è possibile poter lasciare e sperimentare la piacevolezza del non dover più tenere uno stato d'attivazione che non si riesce ad allentare (Rispoli, 2004, pp. 72–75). L'esperienza di Essere Fermati, non è una imposizione, ma piuttosto l'incontro con una persona che sa sostenere con dolcezza e affetto. Nei racconti delle esperienze passate e attuali emerge, in maniera diretta e indiretta, che nel corso della sua vita Alessia non ha potuto esperire pienamente il vissuto di Essere Contenuta e Fermata con mani salde e amorese, soprattutto da parte dei genitori. Sembrano invece essere presenti situazioni di abbandono e della seguente necessità di sostenersi in autonomia. Un primo aspetto esplicito in relazione alla mancata esperienza di Essere attualmente, o di Essere stata, Tenuta con amore, emerge fin dalle prime sedute di psicoterapia nelle quali Alessia riferisce di avere bisogno di una figura "estremamente affettiva e protettiva" (vedi paragrafo Essere Considerati). Durante il periodo delle elementari si descrive un "bambino esuberante" ed estroverso, mentre durante il periodo delle scuole medie sostiene che ci sia stato "un cambiamento di rotta" in cui si è invece chiusa e isolata. Ciò la avrebbe portata a interrompere

gli studi durante il periodo delle scuole superiori in età adolescenziale a causa del disagio creato dai compagni e lo sviluppo di una *“forma di sociofobia”* e *“ansia”* dello stare in mezzo alla gente. I genitori si rivolsero a una struttura che trattava disagi nell’infanzia, dove, come sostiene Alessia, *“buttavano ... tutti i ragazzi che avevano problemi”* (Seduta 1). Da tale esplicitazione possiamo ipotizzare un sentimento di abbandono e non contenimento protettivo da parte dei genitori che mandano Alessia in una struttura in cui le vengono prescritti dei farmaci per controllare l’ansia. Alessia, su scelta autonoma, smette di assumere questi farmaci dopo alcuni anni: *“La storia comunque finisce dicendo che io sono andato appunto in questa struttura qui, da qui sono passato anche, dopo psicologi e psichiatri ... anche con farmaci ... sei farmaci mi hanno dato, che secondo me non c’era neanche bisogno all’inizio, però... io sono andato avanti a farmaci per un bel po’... poi i farmaci, che, appunto, continuavano a darmi, mi aiutavano un sacco... c’è stato comunque un procedimento di diminuzione, alla fine ne prendevo pochi... ma quei pochi che assumevo cominciavano a darmi disturbi fisici, cioè mi facevano malessere fisico quando avevo iniziato a togliermi i farmaci stavo bene”* (Seduta 5). Inoltre, Alessia riferisce di non avere mai *“avuto vere amicizie”* ma di aver avuto un rapporto molto stretto con il fratello maggiore, anch’esso chiuso e con difficoltà nel relazionarsi con l’esterno: *“Ho fatto con mio fratello tutte le esperienze che si possono fare con amici, perché io non ho appunto esperienze sociali, cioè ce ne avevo però molto poche”* (Seduta 1). Come già in parte emerso, Alessia sostiene che nonostante i suoi genitori ci terrebbero al suo benessere, e quello dei suoi fratelli, non avrebbero agito in maniera protettiva e di sostegno. Precisamente si riferisce alla *“zona ombra”* nella relazione stretta e amichevole con suo fratello che le creava un profondo disagio. Possiamo assumere che a queste esperienze di mancato Contenimento, si collegano quanto riportato nei paragrafi precedenti, ovverosia il timore vissuto nel Contatto diretto e fisico con le persone e la difficoltà a Lasciare uno stato d’animo di attività e di allerta.

Ecco i temi, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Alessia e rappresentativi dell’esperienza alterata dell’Essere Tenuti:

- *“papà vede ma è come se non vedesse, mamma simile in versione debole”*

“Alessia: Allora... mio papà... lui se vede anche che io sto male ... gli dà fastidio ...

Terapeuta: quindi papà tipo, diciamo... vede ma come non vedesse, tutto gli scorre davanti...

Alessia: esatto... al limite lì mi colpevolizza... mia mamma invece... anche lei, una cosa strana... simile però una versione molto debole di mio papà, perché lei non se ne fregava, tra virgolette, come mio papà, ci teneva al nostro benessere, ma non è anche andava a sviscerare il problema... vedeva che me e [mio fratello] andavano d’accordo, non avevamo amici, ma non è che si è mai chiesta cos’hanno nello specifico...” (Seduta 4)

- “nel rapporto di me e mio fratello c’era anche la zona ombra”

“il rapporto tra me e mio fratello... era buonissimo, io avevo il mio mondo anche in lui, lui era anche il mio unico amico diciamo, però c’era anche la zona in ombra... di questo rapporto qui che io odiavo a morte, perché principalmente era anche morboso, infatti è anche per questo che si è sviluppata anche questa sorta di... una, una sorta di, di petting, di scoperta della sessualità... però è una cosa che io ho sempre vissuto malissimo, perché lui era più grande e me l’ha fatta conoscere... in questo modo... lui era in crisi totale, aveva una instabilità emotività distrutta” (Seduta 4)

- “ho paura della fisicità”

“io in quel momento lì sono talmente furiosa che magari se qualcuno tenta di abbracciarmi, io posso anche spingerlo via... quello è il fatto... potrebbe però essere anche pericoloso” (Seduta 6)

“mi incombeva questa sua fisicità, lui era un uomo grande e grosso... avevo paura che si arrabbiasse, che mi picchiasse... è una cosa che... io proprio ho paura della fisicità... degli uomini... ho paura, quindi... perché io sono estremamente debole e tutto.” (Seduta 5)

Ecco i temi, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Alessia, rappresentati graficamente attraverso una mappa tematica. Nuovamente, l’EBS dell’Essere Contenuti ha, come macrotema, guidato l’analisi dei dati. Inoltre, vi è rappresentato, attraverso un rettangolo tratteggiato, il vissuto alterato di questa Esperienza, ovvero sia l’Essere stati Abbandonati e la necessità di Sostenersi in Autonomia. Ad essi collegati vi sono i temi dominanti indicati con degli ovali.

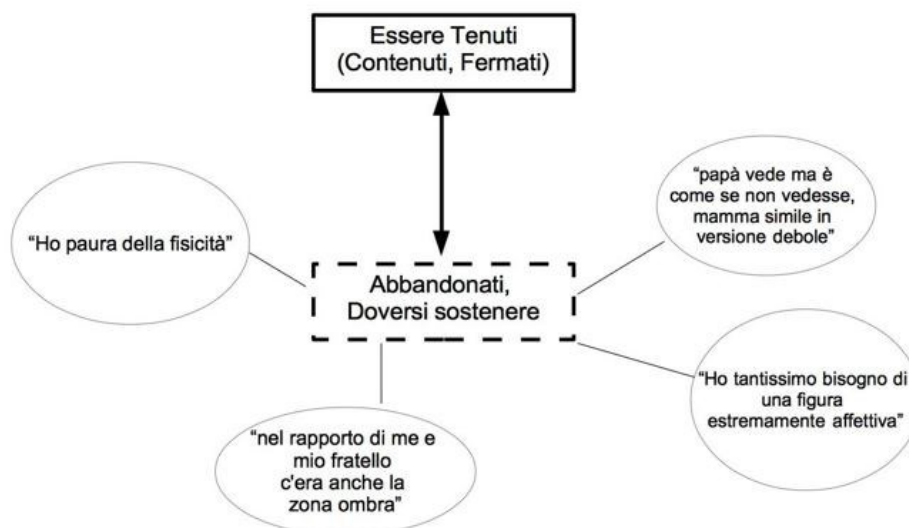


Figura 8. Mappa Tematica dell'Essere Tenuti e la rispettiva alterazione: Abbandonati, Doversi sostenere.

4.1.2 Caso Clinico Marco (AFAB)

Considerati (Essere visti, Essere Valorizzati)

Nella vita di Marco l'esperienza di Essere Visti, Ascoltati, Capiti e Valorizzati, è vissuta in modo carente e insoddisfacente. Precisamente, un fattore principale è costituito dalla difficoltà nell'essere accettati dalla famiglia come persona transgender che desidera percorrere il percorso di Affermazione di Genere. Marco sostiene che i suoi genitori “*non siano pronti*” ad accettarlo e valorizzarlo per come è e per come si sente di essere. A casa si rivolgerebbero a lui con il suo nome femminile assegnato alla nascita e soprattutto la madre riscontrerebbe molte difficoltà ad accettarlo ed accoglierlo. Per Natale 2019 Marco riesce a convincere i suoi genitori di fare coming-out con la famiglia allargata, nonni, zii e cugini, e amici di famiglia. Loro però risultano tendenzialmente chiusi e poco disponibili ad accogliere la sua richiesta. Il padre nonostante appaia più sintonico col figlio, fatica nel rivolgersi con i pronomi maschili e con il nome da lui scelto. Inoltre, Marco sembra non sentirsi supportato nelle decisioni inerenti alla sua condizione transgender, come ad esempio, nell'acquisto del *binder* e del *packer*¹⁶. Tendenzialmente, riferisce di sentirsi “*frainteso*” dalle persone, tra cui anche i propri genitori, e questo, frequentemente sfocerebbe in discussioni. Racconta di un periodo colmo di tristezza e ricerca di senso durante le scuole superiori, periodo in cui non avrebbe avuto modo di ricevere supporto e risposte valide da parte dei suoi genitori. Fu durante questo periodo della sua vita che si rivolse al suo professore di Lettere e Geografia, cercando in lui un supporto e affetto, ricerca delusa (vedi paragrafo successivo in merito all'EBS Contatto Attivo). In questo periodo Marco inizia a mettere in atto comportamenti di autolesionismo, che a suo dire gli avrebbero permesso di attrarre attenzione ed esprimere la sua sofferenza. Tali comportamenti durarono due mesi e terminarono con l'inizio dell'estate. Come ultimo, Marco riscontra difficoltà e disagio nell'ambiente universitario per il fatto di “non passare”, cioè, di non Essere Visto e percepito come maschio, nonostante si presentasse con il nome maschile da lui scelto.

Ecco l'elenco dei temi e i rispettivi passaggi esemplari del testo, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Marco circa l'esperienza alterata dell'Essere Considerati:

- “loro non sono pronti”

“*ovviamente loro [genitori] non erano pronti e non lo sono neanche adesso*” (Seduta 1)

¹⁶ Il *binder* è una fasciatura che si appone sul petto con l'obiettivo di appiattirlo. Il *packer* invece è una protesi anatomica che riproduce più o meno fedelmente l'organo sessuale maschile, il pene e i testicoli.

“lei [mia madre] non è pronta ... per dire ad altri ... cioè per chiamarmi “suo figlio” davanti ad altri e accettare ... si accettare che io socialmente, fisicamente diventi un ragazzo” (Seduta 9)

- “cercano di usare i pronomi maschili, non sempre gli riesce”

“Terapeuta: I tuoi genitori come ti chiamano a casa?”

Marco: Marianna, però stanno cercando di usare i pronomi maschili, non sempre gli riesce” (Seduta 1)

- “in genere, le persone mi fraintendono”

“succede spesso che discutiamo [io e i miei genitori] perché in genere ... loro mi fraintendono” (Seduta 2)

“ho notato che spesso quando parlo mi fraintendono e io fraintendo spesso ciò che mi viene detto ... ho rinunciato un po’ a voler sempre capir tutto” (Seduta 2)

- “cercavo delle risposte che i miei non mi davano”

“poi in seconda ho cominciato ad avere, non so come definirli, degli episodi depressivi, insomma periodo di tristezza dovuto credo all’adolescenza ... insomma ho avuto questo periodo di confusione e cercavo di, delle risposte che i miei non mi davano, allora ho chiesto a lui [Professore di Lettere e Geografia]” (Seduta 3)

“ho cominciato a tagliarmi perché mi mancava [Andrea (Professore di Lettere e Geografia)] ... cioè all’inizio ... cercavo di attirare l’attenzione, ma non è che stavo proprio bene, stavo cercando qualcuno che mi desse una mano” (Seduta 3)

- “mi è venuto il dubbio che lui mi tenesse un po’ lì”

“e questo insieme a un sacco di altri comportamenti che ha avuto in quei mesi che mi ha fatto venire il dubbio che lui [Ex-Professore di Lettere e Geografia] mi stesse tenendo un po’ lì perché insomma deve essere bello avere una creatura di 18 anni che ti corre dietro” (Seduta 3)

“lui ha continuato a non capire niente anche se io gli parlavo di come era ... svegliarsi la mattina un po’ rimbecilliti e dire ma dov’è il mio pisello? “Ah non ce l’ho mai avuto”, però lui continua a non capire niente” (Seduta3)

- “uno vedendomi non vede un ragazzo”

*“in università sì [mi presento come Marco], perché non vorrei che sapessero che sono un trans, anche se **non** passo ... cioè uno vedendomi non vede un ragazzo” (Seduta 1)*

“ho chiesto a uno per il bagno e questo mi ha indicato quello per le donne, quindi vuol dire che, uno vedendomi non dice questo è un ragazzo, però dato che non ho l’aspetto cerco di forzare” (Seduta 1)

Di seguito, i racconti descritti da Marco sono rappresentati graficamente attraverso una mappa tematica. Vi è l'EBS dell'Essere Considerati che, come macro-tema, ha guidato l'analisi dei dati. Inoltre, vi è rappresentato, attraverso un rettangolo tratteggiato, il vissuto alterato di questa esperienza, nonché il Sentirsi incompresi e svalorizzati. Ad esso collegato vi sono i temi dominanti indicati con degli ovali.

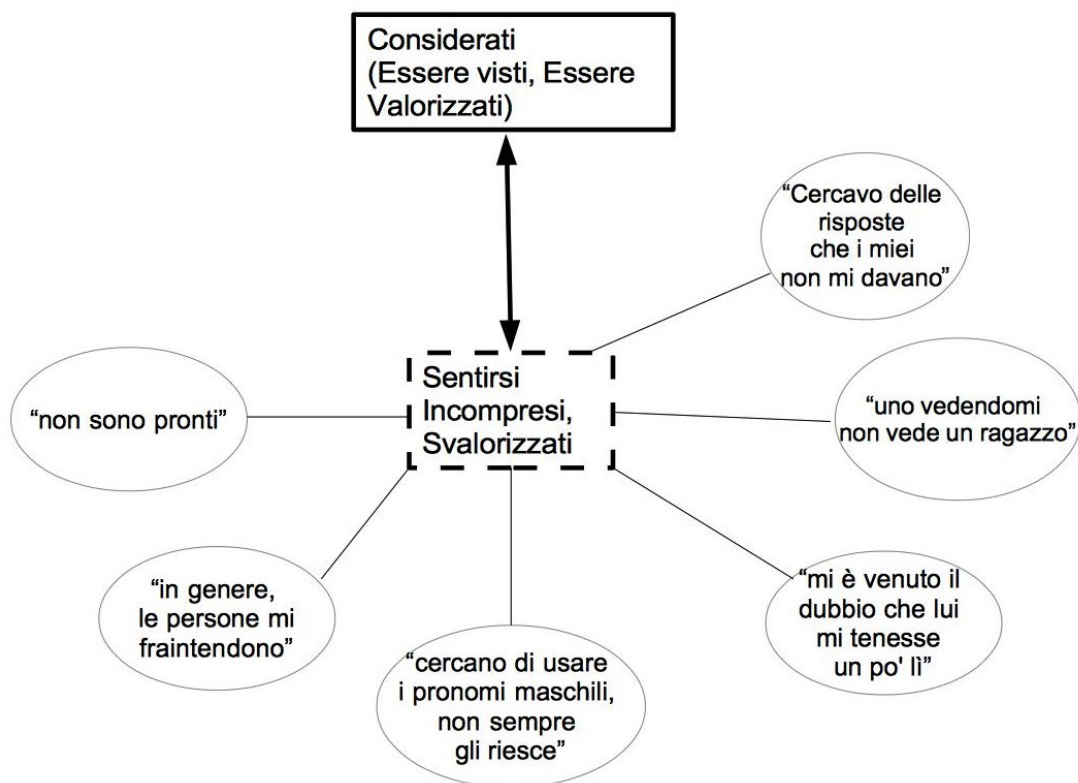


Figura 9. Mappa Tematica dell'EBS Essere Considerati e la rispettiva alterazione: Sentirsi incompresi e svalorizzati.

Aprirsi (Raccontare di Sé)

Questa Esperienza di Base del Sé, appartiene al gruppo delle EBS della Condivisione (Rispoli, 2016, p. 49). Nella concezione Neo-Funzionale, il Sé è l'insieme di tutti i piani e processi Funzionali, alcuni dei quali sono già molto evoluti ed affinati nel periodo prenatale e permettono all'Sé embrionale di entrare in relazione intensa con sé stesso e con l'esterno (Rispoli, 2016, p. 35). Si assume che l'essere umano non è mai solo, ma che si percepisca sempre insieme agli altri, ossia, all'interno di una interazione con loro (Rispoli, 2004, p. 112). Così, la Condivisione con l'altro è possibile grazie alla capacità dell'individuo di *Aprirsi* nei confronti degli altri, raccontandogli di Sé e del proprio sentire (Rispoli, 2004, pp. 112–113). Inoltre, l'EBS dell'Aprirsi rappresenta l'esperienza polare all'Essere Considerati (vedi paragrafo precedente, Rispoli, 2016, p. 49). Ovverosia, l'individuo, lungo il percorso della sua vita si muove sulle gamme esperienziali del continuum tra l'Aprirsi con il mondo, Raccontandogli di Sé, e l'Essere Considerati, Capiti e Valorizzati dallo stesso. L'abilità di

Marco di Aprirsi si presenta in modo alterata, soffocata, e tendente verso la Chiusura. Una Funzione rimasta poco sviluppata nel caso di Marco, e costitutiva di questa EBS, è la qualità e sonorità della sua voce che risulta quasi impercettibile. Similmente, la modalità di Raccontarsi è caratterizzata da verbalizzazioni monotone, brevi e spesso incomplete. Inoltre, questa fatica nell'utilizzare appieno la risorsa della propria voce per Condividersi con il mondo, si verifica ulteriormente durante la somministrazione di una Tecnica Funzionale. Possiamo assumere che questa alterazione si sia sviluppata in risposta alle difficoltà riscontrate nell'Essere Considerati, Capiti e Aiutati dalle persone significative e vicine. Inoltre, Marco sostiene che sia inutile Condividersi e di fare fatica a parlare di certe cose. Come introdotto nel paragrafo precedente, le persone lo fraintenderebbero, manifestando così rassegnazione e abbandonando l'idea di *“voler capire sempre tutto”*. Riferisce che solitamente quando deve affrontare un problema l'unico modo per risolverlo era viverlo in solitudine. Inoltre, un aspetto che Marco descrive come legato alla fatica di utilizzare la propria voce è la sua attuale condizione come persona transgender e il disagio legato all'attesa che la sua voce cambi una volta iniziata la TOS. Un'altra Funzione, che si collega a quanto esposto finora è il fatto che in più occasioni Marco ammette di sentirsi in imbarazzo, all'interno e al di fuori del contesto psicoterapeutico. Tuttavia, nel corso della sua vita Marco ha potuto sviluppare una risorsa per esprimersi e per Condividere il suo sentire e i suoi stati d'animo più profondi, ovvero, la scrittura. Sostiene che da sempre coltiva una passione per lo scrivere, la lettura e le lingue. Infatti, idealizza un percorso di studi in questo ambito, nonostante abbia deciso di iniziare la facoltà di ingegneria. Ecco i temi, indicativi dei vissuti significativi nella vita di Marco e rappresentativi della compromissione della capacità di Aprirsi:

- “è proprio lo scrivere che mi ...”

“li [ai miei genitori] ho lasciato un foglietto con su scritto sono trans ... ho bisogno di iniziare questo percorso” (Seduta 1)

“ho scritto una lettera da lasciare ai miei però non ho avuto il coraggio di fare niente ... nel caso io avessi deciso di ... tentare un suicidio ... [poi] a un punto ho avuto un'epifania ... sono tornato a stare bene senza alcun motivo apparente...è stato proprio lo scrivere che mi ha ... ” (Seduta 3)

- “la voce io non la uso mai”

“Io non faccio rumore ... la voce io non la uso mai ... quando non faccio sforzi non uso mai la voce ... non mi viene proprio naturale” (Seduta 8)

“sto aspettando che mi cambi la voce” (Seduta 8)

- “mi imbarazzo”

*“continuo a sentirmi un po’ in imbarazzo quando sono a lezione, c’è un sacco di gente che non conosco”
(Seduta2)*

- “non inizio a parlare dell’argomento in genere”

„se ho un problema ci rinuncio in genere ... non ne trovo sollievo [a parlarne con qualcuno] in genere quando ho un problema uno dei modi che ho sempre trovato utili per risolverli era prendermi del tempo [e] star da solo” (Seduta 1)

“ogni tanto ne avevamo parlato [della transizione], però [i miei genitori] sembravano sempre molto imbarazzati quindi io non iniziavo l’argomento in genere” (Seduta 4)

Qui vi è rappresentata la mappa tematica del EBS dell’Aprirsi, e la rispettiva alterazione attraverso un rettangolo tratteggiato. Inoltre, vi sono i temi dominanti indicati con degli ovali.

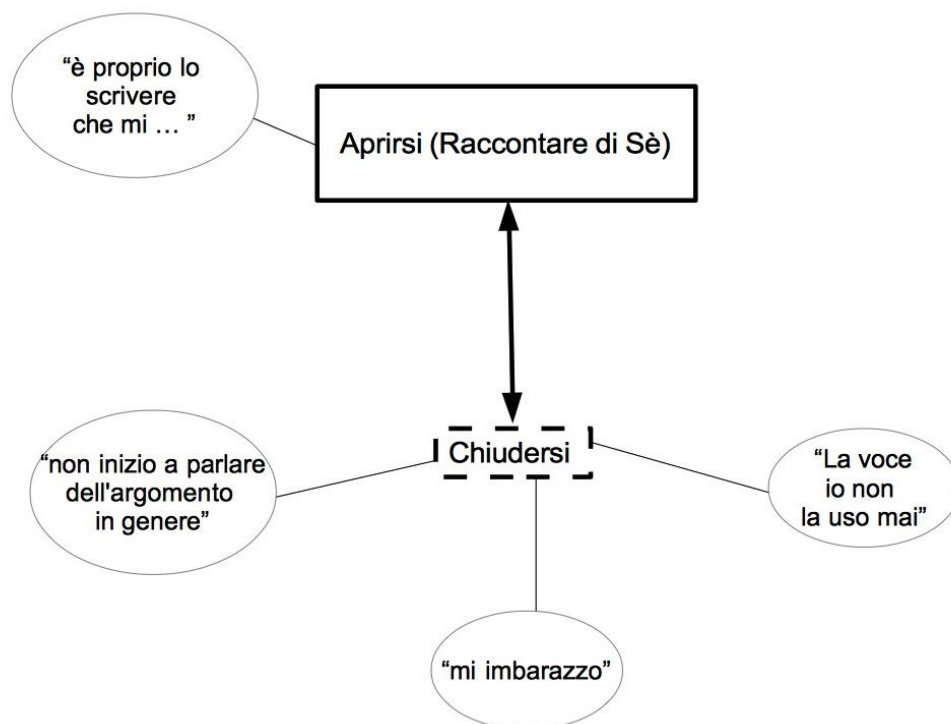


Figura 10. Mappa tematica dell'EBS Aprirsi con la rispettiva alterazione: Chiudersi.

Contatto Attivo (Portarsi l’altro)

Il Contatto Attivo rappresenta un’ulteriore abilità antica dell’essere umano che gli permette di entrare in contatto con il mondo (Rispoli, 2004, pp. 95–98). Una sfumatura di questa abilità è quella di andare attivamente a Prendersi e Portarsi l’Altro (Rispoli, 2004, p. 98). Si tratta di una modalità di seduzione, non in termini negativi, ma piuttosto in termini di Condurre a sé.

Secondo l'area di pensiero Neo-Funzionale, una manifestazione equilibrata di queste esperienze è quella di potersi muovere pienamente su una polarità, Portare a se l'altro, e in altri momenti assumere la polarità opposta, Lasciare l'altro (Rispoli, 2016, p. 51). Come è stato già menzionato precedentemente l'EBS del Contatto Attivo può manifestarsi in relazione alle esperienze di Essere Considerati. Ovverosia, la capacità arcaica della persona di attivamente Contattare l'altro può essere soffocata da un'ambiente non accogliente e non "considerante", rigido e di rifiuto. Nel caso di Marco, l'alterazione di questa EBS assume molteplici manifestazioni. Da un lato, come descritto nel paragrafo precedente dell'Aprirsi, Marco tende verso la Chiusura e così verso l'Isolamento da un mondo da cui non ha potuto ricevere supporto e risposte importanti per sostenere il proprio cammino di vita: *"Cercavo delle risposte che i miei non mi davano"*. Ritiene, di *"non aver mai avuto la tendenza di andare dagli altri"* e che sia inutile condividersi (vedi paragrafo Aprirsi). Questa modalità verso la Chiusura e l'Isolamento si esprimono inoltre nella fatica di usare la propria voce (vedi paragrafo Aprirsi) e di chiamare le persone con il loro nome, per colpire e coinvolgere l'Altro per riceverne aiuto. Dall'altro lato si osserva, che la mancanza di Essere stato Considerato, in momenti di difficoltà abbiano portato Marco a rivolgersi ad altre persone adulte, come ad esempio il suo Professore di Lettere e Geografia. Così, il bisogno insoddisfatto di non Essere stato Considerato, Amato e Aiutato dalle persone "giuste" sembrerebbe aver spinto Marco di appoggiarsi alle persone "sbagliate" in modalità fantasiosa, faticando, ulteriormente, nell'abilità di Separarsi dagli stessi. Accade che durante il primo anno di liceo, all'età di 13 anni, Marco si infatua del suo Professore cercando in lui e anche negli anni successivi un supporto ed una reciprocità che però non riesce a trovare. Marco gli scrive, gli fa regali e va a trovarlo regolarmente in biblioteca, idealizzando la possibilità di costruire con lui una relazione sentimentale reciprocamente sostenuta. Una fantasia, apparentemente, mossa dal bisogno di supporto e affetto che però rimane insoddisfatto. In relazione alla sua sofferenza inizia ad attuare autolesionismo, per un periodo di due mesi, per "attirare l'attenzione" (vedi paragrafo Essere Considerati). Un'ulteriore sfumatura dell'inabilità di Contattare l'altro in maniera equilibrata si esprime in vissuti di disagio e sensi di colpa nell'avanzare richieste di aiuto.

Ecco i temi elencati circa i vissuti significativi nella vita di Marco indicativi della capacità alterata del Contatto Attivo:

- "Non ho la tendenza di andare dagli altri"

"al momento non ho tanti contatti con quelli che erano i miei amici prima ... e ... prima di chiamare un mio amico ci metto un sacco di tempo, quindi ..." (Seduta 5)

“non ho mai avuto questa tendenza, neanche quando ero piccolo, di andare dagli altri” (Seduta 7)

- “Non lo chiamavo mai per nome”

“non so se le ho parlato di una creatura” (Seduta 2)

“non ci chiamiamo mai ... li [Professore di Lettere e Geografia] ho dato dei soprannomi non lo chiamavo mai per nome” (Seduta 2)

- Portarsi l'altro “sbagliato”

“avevo 13 [anni] lui era un professore quindi l'ho conosciuto ... ho cercato di cominciare a interagire un po' con lui , gli andavo a parlare alle fine della lezione e una volta, ho cercato il suo indirizzo su internet per vedere se c'era, l'ho trovato ... allora ho guardato su google maps e un giorno in bicicletta sono andato a casa sua e mi ha preso in casa mi ha parlato per un'ora e mezza poi sono andato via” (Seduta 3)

“mi sono dichiarato perché non ce la facevo più a far finta di niente, [gli ho detto] ti amo ... lui [Ex-Professore di Lettere] non mi ha mai dato una risposta chiara... un giorno ... ho cominciato a dirgli <<potresti prendere in considerazione l'eventualità di stare con me oppure no>> e lui non mi ha mai” (Seduta 3)

- Faticare a Lasciare

“ho capito che, e accettato, che lo amavo e che lui non avrebbe mai ricambiato e ho deciso di fare amicizia con lui lentamente, per gradi, cercando ogni volta di superare certi limiti di confidenza, alla fine della terza andavamo abbastanza d'accordo e alla quarta sempre meglio e anche in quinta tra regali vari che gli facevo deve aver provato a restituirmela però io non l'ho lasciato” (Seduta 3)

“a posteriori posso dire che quello era il periodo in cui mi stavo innamorando e staccarmi improvvisamente non mi ha fatto benissimo ... ho cominciato a tagliarmi perché mi mancava” (Seduta 3)

- “Mi dispiaceva avergli chiesto”

“mi sentivo un po' una merda perché ... gli avevo chiesto di fare una cosa per cui non era preparato per fare ... cioè fungere da psicologo, così a un professore ... non deve essere una cosa facile... stavo cercando qualcuno che mi desse una mano e dall'altra parte mi dispiaceva avergli chiesto di fare una cosa che non poteva fare” (Seduta 3)

La seguente illustrazione mostra graficamente la manifestazione alterata dell'EBS del Contatto Attivo (Portarsi l'altro). Inoltre, vi è rappresentato, attraverso un rettangolo tratteggiato, il vissuto alterato di questa esperienza e ad esso collegato vi sono i temi dominanti indicati con degli ovali.

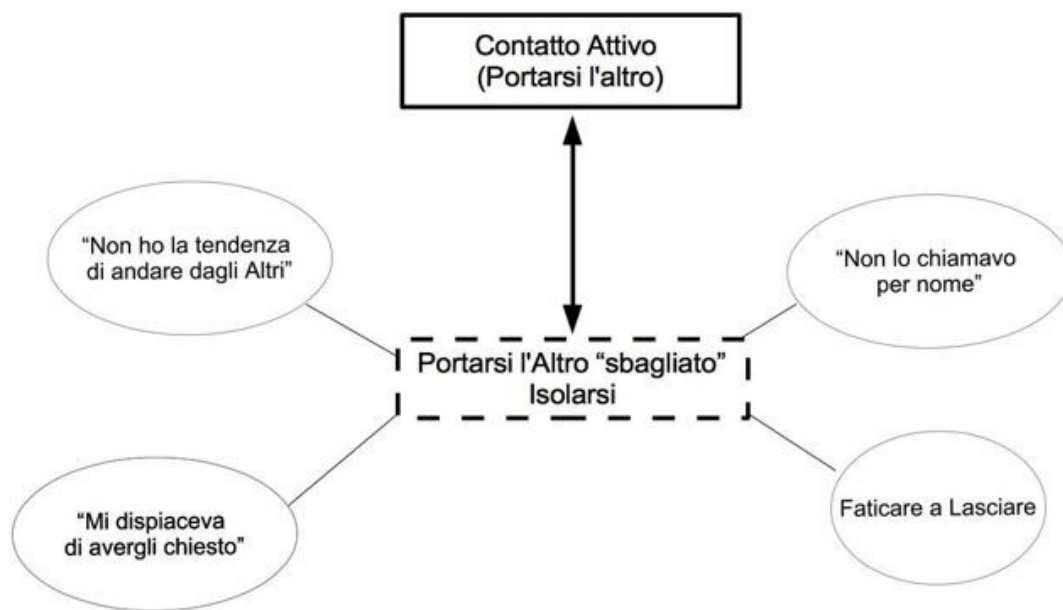


Figura 11. Mappa Tematica dell'EBS Contatto Attivo e le rispettive alterazioni: Isolarsi e Portarsi l'Altro "sbagliato"

Piacere all'altro (Mostrarsi)

Analogamente alla capacità di Aprirsi, anche l'abilità di Mostrarsi per piacere all'altro rientra nel gruppo delle EBS relativi alla Condivisione (Rispoli, 2016, p. 49). Rispoli (2004, pp. 114–115) si riferisce al bisogno basale dell'essere umano di Mostrarsi al mondo, e di ricevere approvazione da esso. La persona Mostra sé stessa all'Altro con e attraverso il proprio corpo, e l'Altro rappresenta una fonte di conoscenza e di informazione su di Sé. Così la persona apprende a sentire sé stessa, e di come si esprime all'esterno ciò che sente dentro. Una compromissione di questa EBS si manifesta attraverso una modalità eccessiva di Mostrarsi oppure di vergogna nel Mostrarsi all'altro (Rispoli, 2004, p. 115). Queste alterazioni possono essere motivate da antiche sensazioni di non Essere Visti a sufficienza, in modo critico o di non riuscire a piacere mai. Di conseguenza si è spinti a Mostrarsi a tutti i costi, oppure, a sviluppare un Funzionamento stereotipato di vergogna continua ed eccessiva (Rispoli, 2004, p. 115). Nella situazione transgender risulta evidente come l'esperienza di Mostrarsi al mondo per ciò che si è e ricevere approvazione da esso, assume un carattere di notevole rilevanza. Il desiderio è quello di poter abitare un corpo in cui ci si sente di appartenere e di essere socialmente riconosciuti e piaciuti in esso. Nel caso di Marco l'esperienza di Mostrarsi al

mondo con piacere è vissuta in modo insoddisfacente. Marco desidera fortemente Mostrarsi al mondo con Piacere ed Essere Visto “in un corpo” al quale sente di appartenere da sempre. Tuttavia, come riportato nei paragrafi precedenti, fatica di essere accolto e supportato per chi si sente di essere dalle persone che ritiene vicino, come i suoi genitori e il suo Professore di Lettere e Geografia. Inoltre, per quanto concerne l’ambito universitario è convinto di “non passare” come maschio a causa del suo “aspetto” fenotipico “ancora troppo” femminile. Ciò gli crea sentimenti di tristezza e di dispiacere profondo. Questo vissuto si manifesta nel bisogno di Nascondersi come persona transgender, volendo “forzare” di Essere Visto in termini di un’identità di genere maschile.

Di seguito vi sono elencati i temi (indicati con un punto elenco nero) e sotto-temi (indicati con un punto elenco bianco) esposti da Marco che illustrano i suoi vissuti legati all’esperienza vissuta, in maniera alterata, del Mostrarsi.

- “voglio vedere me e non la mia sorella gemella”

“io non sono ancora nato” (Seduta 7)

“voglio vedere me e non mia sorella gemella che mi assomiglia molto però non è me, io sono un ragazzo” (Seduta 9)

- “ho sempre sentito qualcosa di diverso in me”

“pensavo che crescendo avrei avuto la pubertà maschile naturale e che mi sarebbe spuntato il pene così mi sembrava impossibile non diventare un uomo” (Seduta 1)

“ho sempre sentito che c’era qualcosa di diverso in me” (Seduta 1)

“cioè nessuno lo usa ancora, non lo so ho sempre saputo, più o meno, che mi sarei chiamato così [Marco] ... di essere nato maschio” (Seduta 1)

- “non vorrei che sapessero che sono un trans”

“uno vedendomi non dice questo è un ragazzo, però dato che non ho l’aspetto cerco di forzare” (Seduta 1)

“non vorrei che sapessero che sono un trans, anche se non passo ... quindi mi invento che ho un disturbo ormonale” (Seduta 1)

Ecco i racconti descritti da Marco rispettivamente all’EBS di Piacere all’altro, rappresentati graficamente attraverso una mappa tematica.



Figura 12. Mappa Tematica dell'EBS Mostrarsi.

Essere Tenuti (Contenuti, Fermati)

Simile ai vissuti di Alessia, Marco non ha avuto modo di consolidare un vissuto pieno e soddisfatto dell'Essere Contenuto e Fermato con amore e protezione. Marco riferisce che non avrebbe avuto modo di ricevere delle risposte valide da parte dei suoi genitori durante un periodo colmo di tristezza e ricerca di senso. Fu proprio durante questo momento della sua vita che chiese al suo Professore, per riceverne aiuto e affetto oltre a desiderare una relazione romantica. Una richiesta che però rimase insoddisfatta. Ancora prima, durante il periodo delle scuole elementari, Marco riferisce di essersi legato molto ad una insegnante che allora definiva come *“una seconda madre”*. Potremmo interpretare questi vissuti relativamente alla mancanza di figure adulte stabili, di supporto e di protezione che avrebbero potuto soddisfare appieno l'esperienza di Essere Tenuto. Inoltre, si osserva la compromissione di questa esperienza relativamente a quanto riferito da Marco circa la fatica di permettersi di appoggiarsi a qualcuno in momenti di tristezza e dolore: *“Non faccio mai rumore quando piango, perché non voglio farlo vedere”*, *“i miei tagli cercavo di nasconderli”*. Si collega la mancanza di Essere stato Fermato con Amore, per abbondarsi e Lasciare stati di agitazione e di dolore. Invece, sembrerebbe esserci stato un'atmosfera familiare tendente verso l'imposizione: *“I miei mi costringevano”*.

Vediamo dunque le formulazioni che hanno potuto rappresentare il vissuto di Marco in merito a questa Esperienza Basilare del Sé.

- “Cercavo delle risposte che i miei non mi davano”

“[durante le scuole elementari] ho molto legato con la maestra di italiano che era la mia seconda” (Seduta 4)

*“ho avuto questo periodo di confusione e **cercavo di, delle risposte che i miei non mi davano, allora ho chiesto a lui [Ex-Professore di Lettere]**” (Seduta 3)*

- *“Non faccio mai rumore quando piango, perché non voglio farlo vedere”*

*“**ho cominciato a tagliarmi perché mi mancava ... cercavo di nascondere[lo].... cercavo di attirare l'attenzione ... stavo cercando qualcuno che mi desse una mano**” (Seduta 3)*

*“**non faccio mai rumore quando piango ... perché non voglio farlo vedere ... i miei dopo si preoccupano per niente ... specialmente mia mamma**” (Seduta 6)*

- *“i miei stanno cercando di convincermi”*

*“**i miei stanno cercando di convincermi a vivere qua però io mi trovo bene a fare il pendolare**” (Seduta 1)*

*“**non volevano che diventassi sovrappeso, quindi sì, mi impedivano di mangiare**” (Seduta 4)*

- **Non essere Fermati**

“Terapeuta: tutte le tu settimane scrivevi una mail?”

Marco: quasi ogni giorno per un certo periodo a un certo punto ho visto che non ce la faceva più, e mi sono reso conto che avevo esagerato e l'ho lasciato stare

*Terapeuta: **non te l'ha detto?***

*Marco: **no, e solo che a posteriori posso dire che quello era il periodo in cui mi stavo innamorando e staccarmi improvvisamente non mi ha fatto benissimo**” (Seduta 3)*

Nella prossima rappresentazione vi sono illustrati graficamente i vissuti di Marco dell'EBS dell'Essere Tenuti e la rispettiva alterazione. Quest'ultima è rappresentata attraverso un rettangolo tratteggiato al quale si collegano i temi dominanti indicati con degli ovali.

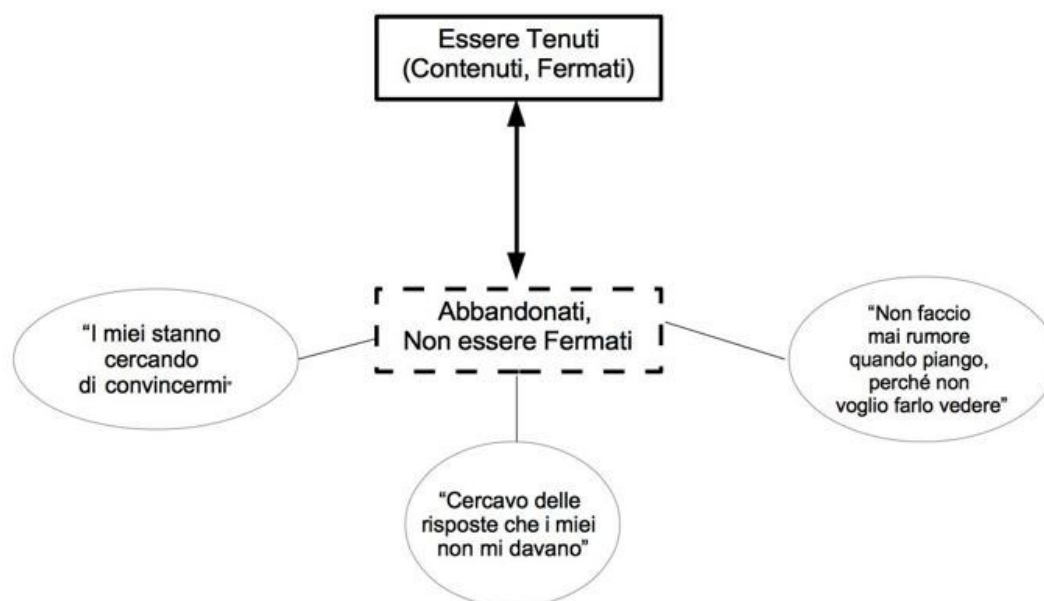


Figura 13. Mapa Tematica dell'EBS Essere Contenuti e la rispettiva alterazione: Essere abbandonati e non Essere Fermati

4.2 Diagrammi Funzionali

Le seguenti figure illustrano i Diagrammi Funzionali di Alessia (AMAB, Fig. 14) e di Marco (AFAB, Fig. 15), e permettono una visione dettagliata delle alterazioni che hanno modificato l'organizzazione complessiva delle Funzioni del Sé, nonché, le Funzioni attualmente presenti sul piano Cognitivo-simbolico, Emotivo, Posturale-muscolare e Fisiologico delle persone prese in esame (Rispoli, 2004, 2016, 2017b). Come già specificato, tutte le Funzioni hanno la medesima importanza e sono interconnesse tra di loro in una *configurazione* che è *circolare* anziché piramidale o gerarchica. Così, ripercorrendo i Diagrammi Funzionali, risulta importante non perdere la visione olistica e d'insieme sul Funzionamento complessivo del Sé, all'interno di cui i Funzionamenti sono profondamente interconnessi (Rispoli, 2004, p. 54). Da un lato i Diagrammi rappresentano le alterazioni, le quali sono descritti nei paragrafi precedenti rispettivamente alle EBS che lungo il percorso della vita dei soggetti sono stati attraversati in modo incongruente. Relativamente a ciò, si ricorda che non sono le Funzioni direttamente ad alterarsi nel rapporto con le situazioni più o meno facilitanti, bensì le Esperienze di Base del Sé. Nel momento in cui queste Esperienze sono attraversate in modo alterato è possibile che si sviluppino alterazioni nelle Funzioni, nonché, nelle aree di Funzionamento (Rispoli, 2016, p. 53). Le alterazioni sono rappresentate in termini di *scissioni* (separazione dei cerchi tra di loro, indicativi di incongruenze tra Funzioni o piani Funzionali o della formazione di cortocircuiti tra processi Funzionali), di *iper- e ipotrofie* (grandezza dei

cerchi indicativi delle Funzioni divenuti esageratamente presenti e ipertrofiche oppure poco sviluppati e quasi assenti nonché ipotrofiche) e di *sclerotizzazioni* (ispessimento delle linee dei cerchi indicativi delle “gamme” di risposte possibili, nonché dell’adattabilità in risposta ad eventi, sia esterni che interni all’individuo (Rispoli, 2004, pp. 53–57). Dall’altro lato i Diagrammi permettono anche di individuare le Funzioni che possono essere considerati come risorse dell’individuo, come ad esempio nei seguenti casi, la Tenerezza, il Razionale sviluppato o l’Umorismo.

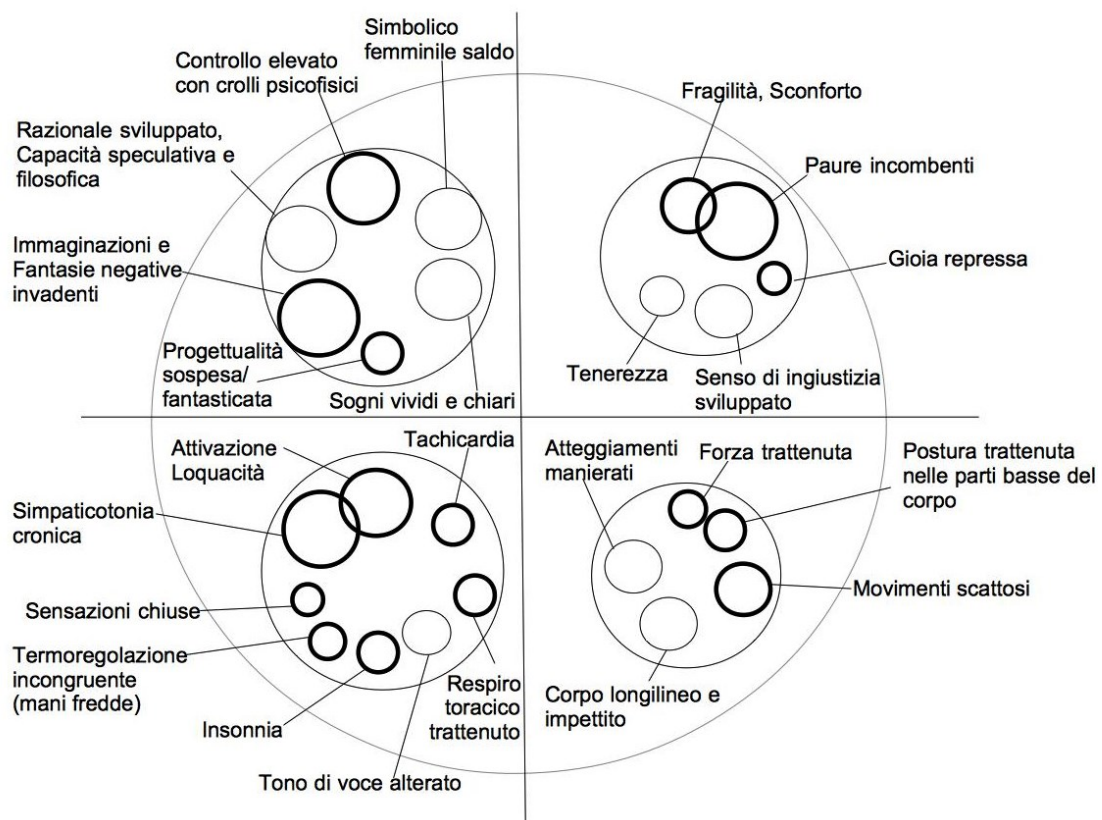


Figura 14. Diagramma Funzionale di Alessia (AMAB)

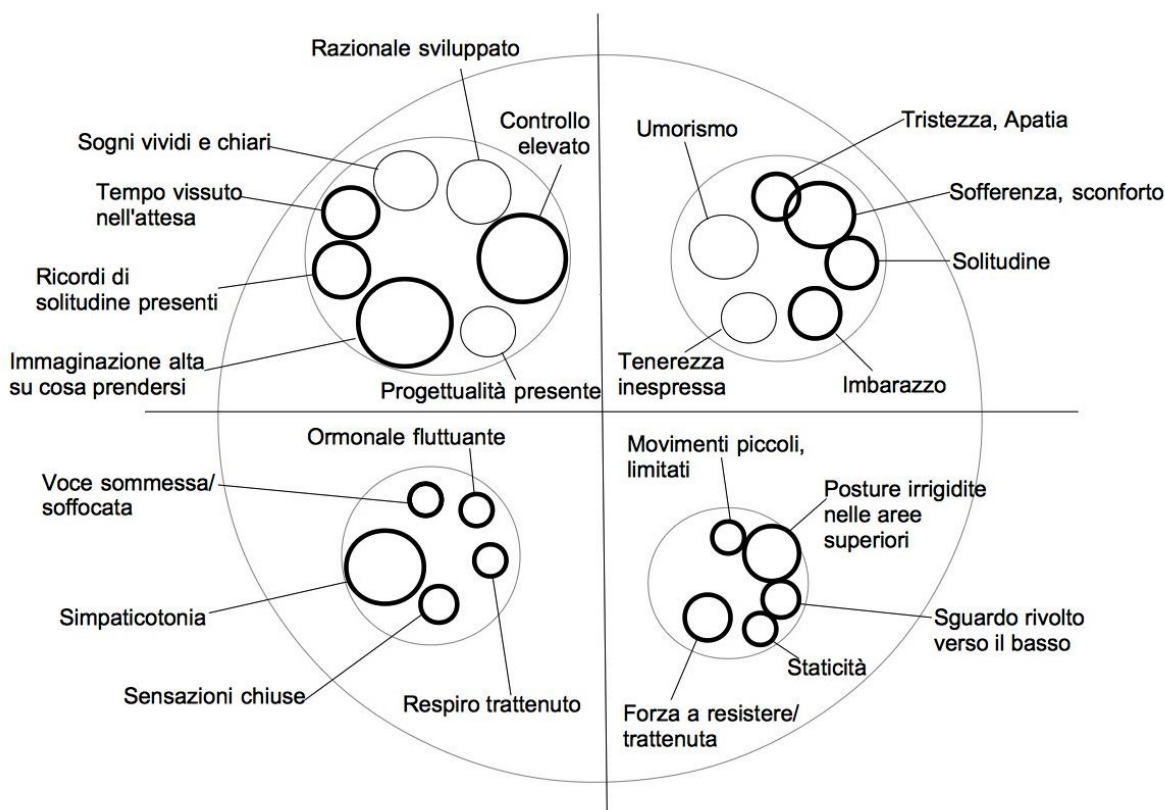


Figura 15. Diagramma Funzionale di Marco (AFAB)

4.3 Analisi del Cambiamento in Psicoterapia

Il secondo obiettivo di questo progetto di ricerca è stato quello di andare a indagare il cambiamento del Sé lungo il percorso di psicoterapia Neo-Funzionale e prima dell'avvio di eventuali programmi di trattamento ormonali e/o chirurgici. Precisamente, si è andato a osservare il cambiamento nell'esperienza vissuta dei due soggetti transgender relativamente alle Esperienze di Base del Sé che lungo il percorso della loro vita sono state attraversate in modo alterato e/o carente, e le quali sono state illustrate in dettaglio nel sotto-capitolo precedente. Sono state prese in esame una seduta al mese a partire dalla decima seduta per tracciare il processo di cambiamento del Sé. Ove lo si è ritenuto opportuno, poiché è stato rilevato un cambiamento significativo, sono state prese in considerazione anche le prime dieci sedute del percorso, supposte come *fase iniziale* dello stesso (Hill, 2005). Dunque, in seguito presenteremo i risultati dell'Analisi Tematica di Meier e Boivin (2000), mirata a delineare il cambiamento del Sé lungo il percorso di psicoterapia Funzionale. Orientandoci al lavoro di Meier e Boivin (2000) si è scelto di riportare i risultati di questo studio in virtù degli *oggetti* verso le quali i racconti descritti erano orientati. L'assunzione di fondo a questo formato è quella che i vissuti, ovvero, le tematiche rilevate come significative nella vita degli individui

si manifesterebbero all'interno di una *relazione*, con sé e con il mondo circostante (Meier e Boivin, 2000). Secondo gli autori, attraverso questa organizzazione sarà possibile illustrare una panoramica accurata dei temi e la modalità attraverso cui si accomunano, si relazionano tra di loro ed evolvono in relazione allo stesso oggetto. Per entrambi i casi clinici sono stati individuati due oggetti sovrastanti, il "Sé" e l'"Altro", considerati in termini del "Sé in relazione con il Sé" e del "Sé in relazione con l'Altro". L'"Altro" è inteso come una persona altra dal soggetto con cui egli è in relazione. Nell'esperienza vissuta di Alessia (AMAB) sono stati identificati una serie di temi maggiormente rilevanti, ovverosia, sono stati indagati quattro temi per il primo e due temi per il secondo oggetto, e la loro evoluzione lungo il percorso di psicoterapia. Per quanto riguarda il caso di Marco (AFAB) invece, sono stati individuati due temi significativi relativi al "Sé" e due temi relativi all' "Altro". Si ricorda che nonostante le Esperienze di Base del Sé possono essere rappresentate come più o meno costitutivi della relazione che l'individuo ha con sé, rispetto alla relazione che l'individuo esperisce nel contatto con il mondo, ogni EBS si manifesta sempre in maniera personale e sociale al contempo (Rispoli, 2016, p. 25). Ciò si basa sull'assunzione che il Sistema complesso del Sé si intreccia continuamente e inscindibilmente con il Sistema complesso: mondo.

4.3.1 Caso Clinico Alessia (AMAB)

Sé in relazione con il Sé

Mostrarsi VS. Vergognarsi e Nascondersi. Come si è potuto osservare nel paragrafo precedente circa i risultati dell'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006), sono stati evidenziati una serie di vissuti significativi in relazione all'esperienza di Alessia di Mostrarsi al mondo. Precisamente, è stato illustrato come per Alessia il vissuto di Mostrarsi si configura attraverso un desiderio profondo di Mostrarsi al mondo con piacere e il desiderio di Essere Vista e di voler attrarre come persona che si sente di essere. Tuttavia, questo bisogno rimane insoddisfatto nel momento in cui Alessia esperisce una serie di preoccupazioni legate alla sua condizione come persona transgender, che a suo dire, la comprometterebbe nel confronto diretto con il mondo *reale* e nell'entrare in relazione armonica con esso. Da qui si manifesta un sentimento di vergogna nel Mostrarsi e la tendenza a nascondersi. Andremo ora, attraverso una serie di stralci identificati nel testo, a esporre l'evoluzione di questa situazione lungo il percorso della psicoterapia. Durante la prima seduta Alessia riporta il suo disagio profondo nel camminare per strada per causa della sua preoccupazione di poter essere trattata al maschile: "*Vado per strada e provo proprio disagio a sapere che posso essere preso per maschio, un*

disagio enorme... sta peggiorando sotto ... il punto di vista dell'uscire ... questo qui è la mia identità, mi vesto così perché mi sento proprio di vestirmi così" (Fase 1, Definizione del Dilemma). Tale sconforto si esplicita all'interno di un sogno che Alessia riporta durante la terza sessione di psicoterapia: *"C'era una sorta di temporale... e in quel momento lì mi sono proprio rilassata perché... a me il temporale mi dà una bellissima sensazione, stare in casa con il temporale mi piace un sacco"*. Con l'aiuto della psicoterapeuta Alessia ha potuto osservare il punto saliente di tale sogno costituito dal fatto che lo stare bene, più che essere motivato dal temporale in sé, sia relativo allo stare *dentro* una sensazione di protezione mentre *fuori* il mondo si muove in modo incontrollato. Ciò si è potuto collegare al disagio esperito da Alessia nel camminare per strada come se stesse *"passeggiando sotto un temporale"*. Nella medesima seduta, Alessia riferisce che quel giorno avrebbe avuto una sorta di attacco di panico nel tragitto verso lo studio della psicoterapeuta riportando l'idea di doversi *"camuffare"*: *"Avevo pensato, però so che forse non è la cosa giusta da fare ... di camuffarmi, di imbottirmi... nel senso, preferisco sembrare una donna bella cicciona ... così almeno non vengo vista"*. Insieme alla psicoterapeuta esaminano come questa strategia *"giocherebbe contro la [sua] espansione"*, e contro il suo percorso di realizzazione di sé (Fase 2, Esplorazione). Alessia riesce cogliere questa osservazione, sostenendo che camuffarsi significherebbe abitare *"una sorta di gabbia ... [attraverso cui] nascond[ersi]"* (Fase 3, Consapevolezza). Come è stato precedentemente elaborato, la percezione negativa del proprio aspetto corporeo risulta essere collegato alla difficoltà vissuta di Alessia nel Mostrarsi apertamente. Durante il percorso alcune delle sessioni terapeutiche sono state svolte in modalità telematica (relativamente al Lock-Down e la pandemia Covid-19). Inizialmente Alessia tiene la telecamera spenta per non farsi vedere, sostenendo che *"la camera del telefono [la farebbe] uscire malissimo* (Seduta 7), dalla nona seduta in poi invece, riesce a mostrare il suo viso come scelta propria (Fase 5, Sperimentazione). È possibile assumere che l'acquisizione della consapevolezza di considerare la psicoterapia come luogo in cui possa sperimentare l'esperienza di Essere Vista e Considerata appieno, potrebbe aver motivato questo comportamento. Al momento della sedicesima seduta Alessia riporta nuovamente il suo grande desiderio di uscire di casa e la fatica che esso le comporta: *"Io vorrei uscire come giustamente mi sento di fare io ... come ragazza ... cioè io vorrei mettermi addirittura il reggiseno sotto, io vorrei proprio essere trattata come tale... ho l'ansia, con tutti che mi parlano al maschile... quello che preoccupa me è l'attenzione, che potrei avere, gli sguardi della gente"* (Seduta 16). Insieme alla psicoterapeuta si è esplorato questo dilemma in relazione a quanto espresso da Alessia relativamente alla sua sessualità e al suo *"bisogno di sedurre l'altro [e] di essere desiderata"* con *"occhi benevoli"*. In altre parole, si riflette sul fatto che Alessia attirerebbe l'attenzione anche se non vorrebbe. Sembrerebbe, infatti, in lei stessa connaturata

questa tendenza di comunicare al mondo: *“Guardatemi”* (Fase 2, Esplorazione e Entrata in Fase 3, Consapevolezza). Al momento della ventinovesima seduta Alessia racconta di un incontro con una persona “reale”, Armando, con cui ha potuto condividere un pomeriggio e un avvicinamento sessuale. Mentre, inizialmente tale esperienza è vissuta con timore, col passare del tempo Alessia arriva al punto di farsi coinvolgere con più piacere, con e attraverso il suo corpo (Seduta 32, Fase 5 Sperimentazione). Durante la trentaduesima seduta Alessia sostiene che nell’ultimo periodo stia *“uscendo di più, molto di più anche con le persone ... anche quando [va] per strada [noterebbe] che non [ci sia] nessun tipo di problema”* (Fase 5, Sperimentazione). Osserva che un fattore a suo dire rilevante in relazione a questo sia il potersi depilare di più: *“Se non ho peli, riesco molto di più a stare anche mio agio”*. Nel corso della medesima seduta, Alessia esprime il desiderio di voler acquistare una telecamera che veramente e adeguatamente la rappresenti: *“Io voglio avere una videocamera, che filmi me, cioè non una mia versione”*. Pensa alla possibilità di iniziare a lavorare online per fare videolezioni come educatrice ed eventualmente iniziare come *“camgirl”*, ovvero, proporre *“servizi erotici”* attraverso video e foto pubblicati su internet (Fase 5, Sperimentazione). Durante la trentaquattresima seduta riaffiora un sentimento di timore relativamente all’idea di Mostrarsi: *“Io non ho un fisico ... femminile... poi proprio il vedermi nuda, senza seno ... questo non sono io, quindi mostrami in quel modo lì per me potrebbero avere delle conseguenze psichiche”* (Fase 1, Definizione del Dilemma). Infine, Alessia acquista la telecamera, e così decide esplicitamente di iniziare a lavorare come *“camgirl”*: *“Già da oggi posso cominciare”*. In relazione a ciò sostiene che: *“la pornografica non mi piace ma invece l’erotismo [si, e] vorrei puntare su questo, seduzione [e] provocazione non verbale ... il mio corpo non mi piace, se ho i vestiti invece sì, [vorrei] sedurre con il carattere ma se poi c’è il climax mostro qualcosina”* (Seduta, 47, Fase 4, Decisione). In tutto ciò, Alessia continua a vivere una relazione affettuosa, esperienziale e sessuale con Armando. Conclusivamente, vi è una maggiore apertura nel Mostrarsi al mondo con e attraverso un corpo, che anche se continua a rappresentare un fonte di disagio, appare essere vissuto con più piacere, anche nell’ambito relazionale con persone “reali”.

Sensazioni vs. Creatività (Immaginazione). Come si è potuto osservare nell’analisi dell’EBS Sensazioni, vi è, nell’esperienza vissuta di Alessia, un’alterazione in termini di una tendenza di vivere più esperienze cognitive e immaginative, anziché, sensoriali e corporee (Seduta 1-10; Fase 1, Definizione del Dilemma). In merito a tale vissuto si è potuto osservare un’evoluzione rispetto a due tematiche significative. In primo luogo, vi è il vissuto della definizione di sé. Durante la prima sessione della psicoterapia Alessia sostiene che una delle

ragioni per cui sia venuta in terapia è quella di *“scoprirsi e definirsi”*. Al tal proposito, esplicita che vorrebbe che la psicoterapeuta la chiamasse *“Ale”* anche se il suo *“nome ideale”* sarebbe Alessia. Sostiene, che per adesso vorrebbe andare *“con i piedi di piombo”* per il motivo di voler *“sapere se [stia] facendo le cose giuste”* (Fase 1, Definizione del Dilemma). Nel corso della quarta seduta, Alessia racconta di aver vissuto una *“sorta di crisi”* durante la quale il suo subconscio le abbia parlato al maschile, nonostante lei, consciamente, abbia iniziato a rivolgersi a sé stessa al femminile. Insieme alla psicoterapeuta esplorano il fatto che tali vissuti e dilemmi psichici farebbero parte della sua ricerca di realizzazione e definizione di sé (Fase 2, Esplorazione). Durante la medesima seduta, Alessia sottolinea che sia arrivato il momento di fare *“esperienza di questa definizione”* (Fase, 3 Consapevolezza). Nella seduta successiva, Alessia riferisce di aver sperimentato una sensazione di benessere, in cui avrebbe avuto la sensazione di trascendere una *“condizione fisica”* e di sperimentare l’apertura di *“una sorta di sesto senso”*, paragonandola al *“fare l’amore”*, una sensazione che realmente non avrebbe mai vissuto. In questo momento si sarebbe sentita *“in linea totale con [se] dentro e con [se] fuori”* (Seduta 5). Nuovamente, insieme alla psicoterapeuta, si esplora in quanto vi è un’esperienza più *“cognitiva”* ed *“immaginativa”* anziché *“sensoriale”* ed *“esperienziale”* (Fase 2, Esplorazione). Nel corso della settima seduta, invece, *Ale* esplicita che vorrebbe cominciare a sperimentare ed esperire il suo nome d’elezione: *Alessia* (Fase 4, Decisione).

Un’ulteriore tematica in merito al continuum Sensazioni versus Creatività (Immaginazione), di cui si è potuto osservare un percorso evolutivo, è quella legata all’esperienza delle proprie Sensazioni corporee, vissute prevalentemente attraverso l’esperire di disturbi fisiologici e una *“sessualità psicologica”*. Per quanto concerne l’esperire di malesseri fisiologici e stati di crisi e di disperazione, si è scelto di accomunare l’evoluzione di questi vissuti nell’esperienza generale del Benessere e del Dolore (vedi paragrafo successivo Benessere vs. Dolore). Per quanto riguarda invece l’evoluzione della sessualità vissuta prevalentemente in autonomia e attraverso il raggiungimento di *“stati sessuali psicologici”*, vi è un’evoluzione significativa nel corso della terapia. Precisamente al momento della ventinovesima seduta, Alessia narra di aver incontrato una persona, con cui avrebbe avuto modo di vivere un’esperienza sessuale di petting (Fase 5, Sperimentazione). Sostiene che, anche se avrebbe vissuto questa esperienza con piacere avrebbe provato molto disagio nel farsi toccare nella sua zona genitale, e che a livello *“psicologico”*, si sarebbe bloccata. Alessia continua a frequentare questa persona e durante la trentaduesima seduta riferisce che ci sia stata *“un’evoluzione nel rapporto sessuale”*: *“Sono venuta io praticamente ... è la prima volta che vengo con qualcuno, quindi questa cosa è molto importante”* (Fase 5, Sperimentazione). Insieme alla psicoterapeuta osservano questo vissuto

come un passaggio significativo, dal vivere una sessualità autonoma e stati di eccitazione psicologici a poter condividere un'esperienza sessuale con un'altra persona.

Un ultimo racconto significativo e relativo a queste EBS si presenta durante la seduta 36. Alessia riferisce che durante la notte avrebbe avvertito una condizione fluttuante, tra conscio e subconscio, relativamente alla percezione della realtà che la avrebbero portata a vivere un senso di vuoto e di alienazione. Tuttavia, riporta di avere acquisito consapevolezza sul fatto di evitare alcune pratiche specifiche, come ad esempio viaggi immaginativi, poiché stimolerebbero la sua attività mentale e cognitiva e la farebbero sentire più staccata dalla realtà: *“Mi sono accorta che mi fa sentire più staccata dalla realtà e quindi me lo sono vietata”* (Fase 3, Consapevolezza).

Lasciare e Stare VS. Vitalità, Realizzazione, Agitazione. Entriamo dunque in merito a descrivere l'evoluzione dei vissuti di Alessia rispetto alle EBS del Lasciare e dello Stare, che, come si è potuto osservare nella prima parte dell'analisi (vedi sotto-capitolo 4.1. Analisi Tematica), risultando profondamente interconnessi. Precisamente, nel caso di Alessia vi è una tendenza verso la polarità rispettiva, ovverosia, un bisogno di Vitalità e Realizzazione continua, manifestandosi ulteriormente in stati di Agitazione e irrequietezza frequenti. Inoltre, come vedremo in seguito, vi è una relazione tra queste esperienze e la capacità, vissuta in maniera alterata, di entrare in relazione profonda con le proprie Sensazioni corporee, vivendo esperienze prevalentemente di modalità mentale. Durante la sesta seduta Alessia racconta di vivere momenti di crisi e di disperazione, durante le quali non riuscirebbe a rilasciare le tensioni accumulate. Nella medesima seduta richiede aiuto per come poter affrontare queste situazioni: *“Vorrei degli aiuti anche proprio pratici”*. Così, più di semplicemente reclamare lo stato doloroso, vi è un movimento verso il voler comprendere meglio questi vissuti per favorirne un cambiamento (Fase, 2 Esplorazione). La psicoterapeuta le consiglia che un primo aiuto valido per affrontare queste situazioni è quello di *“farsi contattare e farsi tenere”* da altre persone – Tecnica Funzionale sperimentata anche all'interno del setting terapeutico - permettendo a sé stessa di abbandonarsi e Lasciarsi all'altro: *“Hai bisogno, che anche questo corpo, che in questo momento stai rinnegando... possa essere contattato”*. Nel corso dell'ottava seduta Alessia descrive che qualche giorno fa avrebbe continuato a sentire irrequietezza nel corpo e sostiene che sia riuscita a neutralizzare questo sentire: *“Mi sono alzata e sono andata in cucina e mi sono fatta la tisana... mi sono rilassata completamente poi sono andata a letto e ho dormito completamente in pace, perché ho capito che avevo la mentalità proprio sbagliata... tutto il disagio che avevo sono riuscita a neutralizzarlo”* (Fase 3, Consapevolezza e Fase 5, Sperimentazione). Al momento della decima seduta, Alessia riferisce di non aver più esperito

sintomi fisiologici e che fosse riuscita a rilassarsi e guardarsi un film per conto suo (Fase 5, Sperimentazione). Più avanti, durante la venticinquesima seduta, Alessia osserva che per lei una delle fonti di stress e tensione principali è il clima familiare, nonché, il rapporto con i suoi genitori: *“Ho notato che quella cosa ... per cui io vado in crisi ... deriva dal rapporto con i miei genitori ... non è direttamente collegato alla transizione, cioè, non c'entra niente, è proprio sui nostri rapporti”*. Insieme alla psicoterapeuta e attraverso Tecniche Funzionale ad hoc, arriva alla consapevolezza che un movimento che porterebbe verso uno stato d'essere più calmo è quello di cercare di rilasciare l'accumulo di processi rimuginativi e di attività mentale, entrando piuttosto nel fare e nell'esperienza corporea (Fase 2, Esplorazione e Fase 3, Consapevolezza). Durante la seduta trentaquattro, Alessia osserva di sperimentare un cambiamento: *“C'è stato un cambiamento ... avevo le crisi ... ero sempre su di giri quello che io chiamo tutt'ora, un esaurimento nervoso che proprio ero irrequietissima per qualunque cosa ... io quelle cose lì ... non ho più niente ... volendo posso essere un po' irritabile”* (Fase 5, Sperimentazione). Alcune tensioni riaffiorano al momento della quarantunesima seduta, in cui Alessia riferisce di aver vissuto momenti di ipersensibilità che a sua dire siano legati soprattutto alle situazioni stressanti in casa (Fase 2, Esplorazione). La psicoterapeuta le indica l'importanza di entrare in contatto corporeo con sé stessa, riferendole alcune tecniche di rilassamento e di respirazione. Verso il concludersi delle pratiche legali relative all'inizio della TOS, Alessia condivide le sue preoccupazioni a riguardo e soprattutto per quanto concerne la sua paura di un *“scombolussamento ormonale”* che, a suo dire, le causerebbe ulteriori tensioni e stati stressanti (Fase, 1 Definizione del Dilemma). La psicoterapeuta la assicura del fatto di Essere Tenuta all'interno di una rete professionale e di affetto sicura, e che per il momento sia importante riuscire a Stare nel presente, e contattare le proprie sensazioni psico-corporee.

Benessere VS. Malessere, Dolore. Come si è andato ad analizzare in dettaglio nella prima parte dell'analisi dei dati (vedi paragrafo 4.1. Analisi Tematica) l'esperienza vissuta di Alessia rispetto all'EBS del Benessere è collocata prevalentemente nella polarità del Dolore. Precisamente, durante la *fase iniziale* del percorso (le prime dieci sedute), sono stati individuati quattro temi significativi in merito a tale esperienza, ovverosia, i vissuti di “crisi e di disperazione”, il “disagio esperito per la propria identità”, una serie di “disturbi fisiologici” e il “disagio esperito all'interno del contesto familiare”, prevalentemente in relazione con il padre (Fase 1, Definizione del Dilemma). Andremo dunque a vedere l'evoluzione di questa situazione nel corso della psicoterapia. Al momento della settima seduta Alessia riferisce per la prima volta un alleviamento di Dolore: *“La crisi, il vuoto, che c'è stato, e tot giorni di depressione... in questi giorni qui non si sono presentati”* (Fase 5, Sperimentazione). Insieme alla

psicoterapeuta si osservano i fattori che potrebbero aver contribuito a questo miglioramento: *“Il fatto di poter fare la terapia con lei ... poi comunque è una cosa abbastanza aleatoria cioè se io trovo stimoli anche nell’ambiente, ho più occasioni di tirarmi su eccetera... terzo punto è ... scrivendomi con certe persone... mi fanno stare bene, si sono dimostrate che ci tengono”* (Fase, 2 Esplorazione e Fase 3, Consapevolezza). Questo miglioramento permane, e, durante la dodicesima seduta, Alessia sostiene che sia a livello fisiologico che psicologico stia vivendo dei miglioramenti che la porterebbero a dire di stare bene (Fase 5, Sperimentazione). Riaffiorano invece vissuti di malessere verso la ventiduesima seduta: *“Questo qui è un periodo veramente devastante per me ... di grandissimo stress e sofferenza.... stati dolorosi ... ho cominciato anche a farmi due domande su cosa potrebbe essere, perché ho detto la disforia e sul mio percorso sta andando bene ... molto bene... ci sono delle cose sia fisiche che psicologiche”*. Insieme alla psicoterapeuta esplorano come questo Dolore sia collegato al fatto che durante questo percorso Alessia, in maniera sempre più concreta, stia attraversando un cambiamento della propria vita e di realizzazione di sé che integri sia la dimensione fisiologica e corporea che psicologica (Fase 2, Esplorazione). Durante il suo percorso Alessia continua a vivere *“alti e bassi”*, ritenendo però di essere più sicura di sé rispetto a qualche mese fa (Seduta, 32, Fase 5, Sperimentazione). Inoltre, sembra che stia iniziando lentamente ad accumulare coscienza di un cambiamento: *“Avevo le crisi ... ero sempre su di giri ... non ho più niente”* (Seduta 34, Fase 5, Sperimentazione). Verso la trentaseiesima seduta, riaffiorano sintomi di malesseri fisiologici legati a difficoltà respiratorie: *“Ho sempre questo clima in cui perdo interesse e vedo grigio, poi ci sono anche le problematiche fisiologiche ... non mi entra ossigeno nel naso e nella bocca ... ieri sera ho avuto quasi una crisi respiratoria e mi viene l’ansia ... mi sento debolissima ... poi ieri sera sono andata da mamma perché avevo bisogno di contatto umano”*. Si considera che all’interno di questo vissuto, vi è anche l’attuazione di una strategia per neutralizzare lo stato di agitazione: il Contattare l’altro, in questo caso la madre, per riceverne aiuto (Fase 5, Sperimentazione). Tuttavia, come sarà esplicitato nel paragrafo successivo, la madre non riesce a trasmettere il supporto che Alessia desidererebbe ricevere. Così, al momento della quarantatreesima seduta, Alessia riavverte vecchi sentimenti repressi, al punto da dover essere ricoverata in pronto soccorso: *“Non [uscivo] dalle crisi, una emotività deleteria e quindi sono finita in pronto soccorso”*. Alessia sostiene che questi stati emotivi deliranti siano soprattutto motivati dal fatto che non ci sia mai stato qualcuno che la potesse contenere con affetto (vedi paragrafo successivo). Possiamo assumere che attraverso questa esperienza Alessia abbia avuto modo di elaborare un’esperienza repressa molto profonda, riaffiorata e vaporata in superficie in questo momento preciso della psicoterapia e di lavoro profondo su di sé (Fase 2, Esplorazione; Fase 3, Consapevolezza; Fase 5, Sperimentazione).

Sé in relazione con l'Altro

Essere Tenuti VS. Abbandonati, Doversi Sostenere. Una tematica frequentemente rilevata nei racconti di Alessia è legata al bisogno di vivere l'esperienza di Essere Tenuta. Si assume che, nel caso di Alessia, esperienze antiche dell'essersi sentita abbandonata, e quindi della necessità di doversi sostenere in autonomia, abbiano portato a una alterazione di questa esperienza. Appare così che questi vissuti si siano manifestati nel bisogno e nella ricerca esplicita di una figura *“estremamente affettuosa”* (Seduta 2) da un lato, e dall'altro, nel timore e sentimenti di sfiducia nell'entrare in contatto diretto con le persone e nel sapersi abbandonare a esse (Seduta 5) (Fase 1, Definizione del Dilemma). Un elemento interessante è il sogno che Alessia riporta durante la quinta seduta di psicoterapia, all'interno del quale appare una persona, tra tante altre, che decide di aiutarla. È possibile considerare tale sogno come *“entrata”* in psicoterapia, nonché l'*“entrare”* in contatto con una persona capace di aiutarla: *“Dovevo chiedere l'ora e a tutte le persone che chiedevo ... se ne andavo tutte schifate ... e ho trovato l'ora da un nero... ha presente quelli che non si capisce, sembrano mezzi barboni mezzi spacciatori, me l'ha detta lui... e io... per lui ho avuto una sorta di affetto e gli ho detto emotivamente “grazie”, l'unico che mi ha considerata”*. Durante la sesta seduta Alessia racconta dei suoi stati di disperazione e crisi, in cui, a suo dire, l'unico modo per calmarsi e lasciare lo stato di ipertensione sarebbe quello di *“sfogare nella fisicità”*, che comprenderebbe, parlare e muoversi, sino al pensiero di attuare violenza contro di sé. Durante la medesima seduta chiede degli aiuti pratici su come affrontare tale situazione. A tal proposito la psicoterapeuta la aiuta a comprendere che, nel suo caso, si tratti anche di cercare il contatto diretto e fisico con le persone, permettendosi così di farsi sostenere da qualcuno. Inizialmente Alessia coglie questa proposta in modo reticente sostenendo che: *“Potrebbe essere dannoso ... cioè se io in quel momento lì sono talmente furiosa che magari, se qualcuno tenta di abbracciarmi, io posso anche spingerlo via”*. Tuttavia, sembra avvertire lentamente consapevolezza a riguardo: *“Questo poi che dice ci sto pensando io... da un mese e passa”* (Fase 2, Esplorazione). Come sopra accennato, al timore di abbandonarsi all'altro, si collega un elemento di sfiducia e paura di incontrare persone che potrebbero non tenerla con mani amorevoli e protettive. Ciò emerge anche da un sogno che Alessia porta in psicoterapia nella dodicesima seduta: *“Sono entrata in una sorta di ristorante ... e il ristoratore mi chiama ... io avevo capito subito che era una [persona] brutta, come maschio efebico ... mi sono detta ma posso permettermi di chiamarmi al femminile con questo qui? ... praticamente poi [sono entrata] dentro uno sgabuzzino ... e praticamente aveva dei monitor con cui lui spiava i clienti ... era mezzo pedofilo insomma”*. Nello specifico, insieme alla psicoterapeuta si individua un elemento saliente, ovvero, la sensazione *“di dover stare allerta”*, perché nei *“retro bottega”* potrebbero esserci persone che potrebbero non saper amarla e non volerle bene. Più

avanti nel percorso Alessia esplicita di essere una persona che sostiene gli altri, senza riceverne sostenimento in cambio: *“Il mio rapporto con gli altri, il fatto di ... dover essere sempre io quella che deve sopportare, essere conciliante ... io non vengo mai ascoltata... io soprattutto in questo periodo qui non ne posso più perché io anzi avrei proprio bisogno... intimo di qualcuno che più o meno faccia così con me”* (Seduta 14). Insieme alla psicoterapeuta si osserva questo dilemma, includendo un ulteriore fattore compromettente, ovverosia, che per Alessia si tratti anche di imparare a fidarsi dell'altro per farsi sostenere (Fase 2, Esplorazione). Durante la ventiduesima seduta, Alice sostiene: *“Una soluzione per me, che sarebbe il balsamo più grande, è proprio un atteggiamento affettuoso ... [da] mia mamma ... le dico anche da qualche mese ormai: <<tu quando ti capita prova ad abbracciarmi e che ne so, farmi un affetto>>”* (Fase 3, Consapevolezza, Fase 5, Sperimentazione). Continua ad acquisire consapevolezza sul fatto di aver bisogno di affetto da parte di sua madre, cercando di comunicare con lei a riguardo. Tuttavia, sua madre non sembra riuscire ad accogliere la sua richiesta: *“Con mia mamma non riesco a non andare in escalation ... nonostante le abbia fatto chiarito su tutti i punti ... non c'è verso”* (Seduta 25). Durante la ventinovesima seduta riporta di essere uscita con una persona, Armando, che avrebbe tentato più volte di avvicinarsi a lei in modo affettuoso: *“Ha cominciato più volte ... di avvicinarsi in quella maniera lì che a me avrebbe fatto molto piacere però ... in quel momento lì ho provato un senso di vicinanza enorme però anche po' di minaccia ... un po' di disagio perché è una cosa nuova invasiva ... allora cosa ho fatto mentre stavamo andando mi sono detta ... ho voluto prendere la situazione in mano ... allora lo abbraccio io così, abbraccio la cosa anche, non fa più paura, e l'ho fatto ed effettivamente è stato così”* (Fase 5, Sperimentazione). Nonostante Alessia abbia provato piacere nel aver vissuto tale esperienza, durante la medesima seduta condivide le sue preoccupazioni a riguardo: *“Io mi sono lasciata andare perché mi piacere ne avevo bisogno ... è successo praticamente, 3 ore in auto a fare petting ... questo fatto che sia cresciuto in una giornata pam e la sera pum, segna un po', mi fa sentire in colpa, e non solo quello, proprio fammi sentire, mi fa sentire come se la cosa stesse sfuggendo di mano già mi piace [ma] ho paura di fidarmi”* (Fase 2, Esplorazione). Tale esplicitazione rileva il fatto che il suo desiderio è quello di voler Essere Tenuta con mani salde e amorevoli. Durante la quarantatreesima, riaffiorano vecchi sentimenti repressi: *“Mi sono trovata con questa crisi ... quando mi trovo nella crisi emerge la solitudine ... una volta ero estremamente fredda e non volevo e non sentivo bisogno di contatto umano o relazioni ... mi sono isolata e mi sentivo superiore a tutti e mi ero convinto che questa fosse la mia natura perché non soffrivo più ... avevo represso tutto, la sensibilità eccetera poi 2 anni fa è scoppiato tutto ... mi sto rendendo conto adesso che qualcosa sta tornando perché in questi momenti di difficoltà mi rendo conto che sono lasciata a me stessa perché non c'è nessuno per me quando ho bisogno, è sempre stato il mio problema, una figura fissa ma di pura sicurezza e affetto.... quindi non esco dalle crisi, una emotività deleteria e quindi sono finita in pronto soccorso, mi sono*

svegliata e mi sono sentita così... e le ho mandato il messaggio in cui dicevo che non sapevo cosa fare e mi sentivo esplodere in mille pezzi". Come riportato nel paragrafo precedente, possiamo assumere che attraverso questa esperienza Alessia abbia avuto modo di elaborare un'esperienza repressa molto profonda, (Fase 2, Esplorazione; Fase 3, Consapevolezza; Fase 5, Sperimentazione). Tuttavia, ha potuto sperimentare anche che ci siano delle persone, al di fuori del contesto familiare, che possono colmare il suo bisogno di Amore e Protezione.

Aprirsi VS. Essere Considerati. L'esperienza di Alessia dell'Essere Considerata, Vista e Valorizzata, è vissuta in maniera compromessa. Le tematiche relative a tali vissuti e maggiormente rilevati nei racconti di Alessia sono l'esperienza di essere rifiutata dal padre e il timore provato nel camminare per strada, nonché, la preoccupazione di poter essere vista al maschile. Tali vissuti sono stati osservati in relazione all'impedimento di Mostrarsi al mondo con piacere, e al bisogno e contemporaneamente al timore di Portarsi l'Altro e farsi Tenere dall'Altro per riceverne aiuto. Mentre l'evoluzione di questi vissuti significativi sono stati trattati nei paragrafi precedenti, andremo qui indagare l'evoluzione dell'Essere Considerati in relazione alla polarità dell'Aprirsi e Raccontare di Sé (Rispoli, 2016, p. 49). Si specifica che quest'ultima capacità, nel caso di Alessia, appare salda e sviluppata. Tuttavia, risulta essere, come tutte le altre EBS, profondamente e reciprocamente influenzata da tutte le dimensioni esperienziali del Sé. Andremo dunque osservare l'evoluzione del continuum Aprirsi versus Essere Considerati. A partire dalla terza seduta Alessia esplicita il rifiuto relativo alla propria condizione come persona transgender riscontrato nella relazione con suo padre: *"Chiunque mi conosca un attimo mi si rivolge a me al femminile... e io stessa... tutti tranne mio papà praticamente"* (Fase 1, Definizione del Problema; vedi anche sotto-capitolo 4.1 Analisi Tematica). L'angoscia e il disagio vissuto del non Essere Considerata da parte di una figura significativa, suo padre, si rivela ulteriormente all'interno di un sogno che Alessia riporta durante le prime sedute di psicoterapia: *"C'era mio padre... su una sorta di, di banchetto... ehm... allora mi sono seduta la davanti a lui e lui mi fa <c***o fai? c***o vuoi?> una cosa così <dove c***o guardi?> io mi sono un po'... turbata, ho avuto un momento di... <ma cosa stai dicendo?> mi sono accorta subito dopo che non lo stava dicendo a me... ma era subentrato un signore più anziano da dietro... mio padre però ha cominciato un po' a legnarlo ... perché lui era in una posizione così di superiorità ... e questo signore insomma continuava a non capire"* (Seduta 5). Nel trascorrere del percorso Alessia, sostiene che, a suo dire, ci sia stato un miglioramento nel rapporto con suo padre: *"[Lui] è un po' dispiaciuto da questa [mia] situazione e basta ... non ha particolare ostilità ... [ma] lui ... mi chiama sempre Alessio, nonostante sappia, usa sempre il maschile ... in questo devo dire ha fatto anche qui un passo avanti enorme perché si è riusciti a convincerlo di usare Ale invece che Alessio ... quindi lui quando dice Alessio non lo fa apposta per darmi fastidio, infatti quando lo fa si*

corregge poi subito” (Seduta 8). Durante la decima seduta Alessia esprime il suo desiderio di volersi Aprire di più con suo padre: *“Io voglio parlargli e spiegargli le cose perché per me sarebbe la cosa più bella del mondo esprimermi un po’”*. In questo, tuttavia, si sente bloccata: *“Purtroppo sono tarpata e non posso comunicare... se no, glielo direi immediatamente... infatti io parlo tranquillamente anche al femminile, anche se so che mi sente... non mi nascondo, all’inizio lo facevo ma ora... però non lo vuole lui”*. (Fase 1, Definizione del Dilemma). Nella medesima seduta, Alessia assume che si stia anestetizzando in merito alla questione con suo padre, tuttavia, considera ciò uno stato per lei instabile: *“Comincio forse un pochino ad anestetizzarmi ... considerando che lui non impara mai niente ... questa cosa qui mi ha fatto male e cerco un po’ di tamponare... secondo me qualcosina sta migliorando ma ... in questo ambito con lui non mi considererei tanto forte... sono instabile anche in questa sorta di miglioramento”*. Insieme alla psicoterapeuta esplorano che nonostante questi riscontri di rifiuto, sarebbe necessario che Alessia, per il proprio benessere, imparasse a rivolgere la parola a sua padre: *“Questa è la fatica che ti chiedo di fare... che tu riuscissi a trovare, un momento, un saluto, una cosa in cui tu gli rivolgi la parola ... come dire fare anche un gioco di Forza buona, di Forza positiva”* (Fase 2, Esplorazione). Al momento della diciannovesima seduta Alessia racconta un’ulteriore, a suo dire, sviluppo nel comportamento di suo padre, che in modo esplicito acconsentirebbe di rivolgersi a sua figlia al femminile una volta iniziata la trasformazione corporea e solo quando Alessia sia *“divent[ata] donna”*. Qualche seduta più avanti, Alessia acquisisce la consapevolezza di non essere valorizzata e supportata dalla famiglia, e soprattutto da suo padre, per quanto ne avrebbe bisogno: *“Mio padre poi lasciamo perdere, insomma io ho bisogno di qualcuno che mi dica “non ti preoccupare, stai tranquilla”, e che mi dia quella protezione, quell’affetto di cui ho bisogno ... a casa mia non c’è, anzi il contrario”* (Seduta, 22, Fase 3, Consapevolezza). A ciò si collega quanto esposto nel paragrafo precedente, relativamente alla relazione con la madre, che di fatto avoca una posizione da tramite nella relazione tra Alessia e suo padre e sembra aver accettato la condizione di Alessia, supportandola. Tuttavia, non riesce a colmare appieno il suo bisogno di Essere Tenuta con Amore e Protezione. Più avanti nel percorso, Alessia esplicita che l’unico modo per stare bene è quello di evitare suo padre, e di concentrarsi su se stessa: *“Mio papa preferisco evitarlo per ora ... con lui la tattica che ho provato tutto questo tempo cioè dell’avvicinarmi a lui, del coinvolgerlo, non funziona con lui perché si prende la libertà di fare certe cose, mentre invece quando stavo un po’ più male e lo evito era molto più delicato e addirittura si avvicinava lui ... preferisco non espormi a pericoli praticamente”* (Seduta 29, Fase 4, Decisione). Un’altra persona, con cui Alessia ha potuto sperimentare in modo più favorevole la sua abilità di Aprirsi e Mostrarsi al mondo, con e attraverso il suo corpo, ed Essere Considerata nello stesso, è stato nel rapporto con la sua titolare di lavoro.

All'inizio della terapia Alessia riferisce di lavorare come educatrice per il doposcuola. Nello stesso posto, racconta, di aver svolto una formazione per l'acquisizione di un attestato come libera professionista nell'ambito dell'educazione. Al momento dell'esame decide di condividere di essere una persona transgender: *“Ho parlato di questa cosa qui [a] fine colloquio ... ho fatto coming-out anche con loro... loro due che erano le esaminatrici ... visto che appunto trattano queste robe qui perché sono psicologhe ... ho detto “guardate io sono così... però ... potrei trovare difficoltà a continuare a lavorare qui”* (Seduta 2). Sostiene di essere stata accolta in maniera piacevole e di essere stata invitata a parlare con la titolare di lavoro. Durante la sedicesima seduta Alessia riporta l'argomento e rivela le sue preoccupazioni legati al pensiero che la sua titolare potrebbe non accogliere la sua situazione: *“Prima che ricominci [a lavorare] vado dalla mia capa e le spiego questa cosa qui ... però io prevedo già come andrà a finire, la società ancora ha queste cose qui... prevedo che dirà <finché vuoi venire da maschio vieni, ma se ... poi torni femmina ... allora forse no, non posso rischiare che i genitori sappiano che ho un'insegnante transessuale>”* (Fase 1, Definizione del Dilemma). Insieme alla psicoterapeuta esaminano questa preoccupazione relativamente al fatto che Alessia ha diritto di esprimersi e di essere pregiata per le sue qualità come *persona*, e che, qualunque altra reazione da parte della sua titolare di lavoro rientrerebbe nell'ambito della discriminazione (Fase 2, Esplorazione). Alessia riesce ad accogliere questa osservazione sottolineando che i bambini con cui ha potuto lavorare finora la adorerebbero tutti. Così, al momento della diciannovesima seduta racconta di essersi incontrata con la capa e che l'incontro sia andato molto bene: *“ci siamo incontrate la mattina dopo in un bar vicino a casa mia praticamente ... è stata disponibilissima quindi, anzi meglio di così non poteva andare”* (Fase 5, Sperimentazione). Tuttavia, la questione di riprendere effettivamente il lavoro come tutor rimane aperta fino al concludersi dell'accompagnamento psicologico preso in esame, nonché, dell'avvio della TOS.

4.3.2 Caso Clinico Marco (AFAB)

Sé in relazione con il Sé

Aprirsi VS. Chiudersi. Sin dal primo momento in psicoterapia, si osserva una compromissione dell'abilità di Marco di Aprirsi al mondo, Raccontandogli di Sé. Una Funzione alterata e costitutiva di tale capacità è la sonorità e qualità della voce, che nel caso di Marco, appare sommessa e soffocata. Inoltre, vi sono verbalizzazioni monotone, brevi e talvolta incomplete. Una modalità che Marco ha potuto sostenere e privilegiare per entrare in contatto con sé e con il mondo, è la scrittura. Tendenzialmente, si collega una difficoltà vissuta nel comunicare e nel relazionarsi con il mondo e nel sentirsi compreso dallo stesso.

Tale impedimento si traduce nel continuum tra l'Aprirsi e l'Essere Considerati, Capiti e Valorizzati. Quest'ultimo verrà approfondito in modo dettagliato nei paragrafi successivi, mentre qui l'attenzione è rivolta verso l'EBS dell'Aprirsi e l'alterazione della stessa, nonché la tendenza di Chiudersi. Andremo ora a tracciare alcuni passaggi significativi nell'evoluzione della manifestazione di questa EBS lungo il percorso psicologico. Nel corso della prima seduta di psicoterapia, Marco riferisce di *"fare fatica a parlare di certe cose"* e che trovi difficile definire il suo stato d'animo. Durante la seduta successiva sostiene che in genere un modo che spesso ha trovato utile per risolvere i propri problemi è quello di stare solo: *"Non ne trovo sollievo [a parlarne con qualcuno]"*. La psicoterapeuta gli retribuisce che una delle capacità che Marco dovrà cercare di assimilare in futuro è quella di relazionarsi di più e di Aprirsi di più con l'esterno. In relazione a ciò, lo invita a utilizzare di più la propria voce, in tutti i sensi, anche nell'esprimere la propria opinione, all'interno del contesto terapeutico (Fase 1, Definizione del Dilemma e degli obiettivi della psicoterapia). Durante la settima seduta viene indagata la sua passione per la scrittura come risorsa valida per riflettere e far emergere i propri pensieri, dando loro una forma. Con l'aiuto della psicoterapeuta si individua che si tratti di aggiungere alla modalità di *"relazione tra [sé] e [sé]"* una modalità di relazione *"con il fuori da [sé]"* (Fase 1, Definizione degli obiettivi della psicoterapia). In tal momento, Marco sembra non poter accogliere appieno tale osservazione. Dopo qualche seduta, Marco riferisce che per lui un ulteriore aspetto fondamentale relativamente all'utilizzo della propria voce e all'Aprirsi di più, è quello dell'attesa che la sua voce cambi una volta iniziata la TOS: *"Sto aspettando che mi cambi la voce ... [ma] non è solo la voce, è un po' tutto nel complesso, cioè, tutto quello che potrà cambiare"* (Seduta, 8, Fase 2 Esplorazione). Tuttavia, nella medesima seduta Marco sostiene di aver scambiato *"due parole"* con una persona in università: *"Non è che ho problemi a parlare con quelli che trovo, solo che in genere non ho motivo di parlare ... [ma l'altro] giorno uno si è seduto più o meno vicino a me ... così ... ci siamo scambiati due parole, adesso non mi ricordo cosa gli ho detto"* (Fase 5, Sperimentazione). Nella seduta successiva Marco riflette sul fatto, che la questione di Aprirsi di più al mondo avverrebbe con il tempo: *"In parte avverrà da solo, con il passare del tempo ... cioè sarò sempre introverso, però anni fa ero molto più timido di quello che sono adesso"* (Seduta, 9, Fase 2 Esplorazione). All'interno di tale esplicitazione possiamo osservare che Marco sembra aver lentamente e implicitamente iniziato ad acquisire consapevolezza del fatto che la *"vera"* trasformazione avverrà dentro di lui, e che solo *"in parte avverrà da sol[a]"*. Durante la ventiduesima seduta Marco riporta un sogno durante il quale avrebbe dovuto comunicare con delle persone che parlavano una lingua diversa dalla sua: *"Ero in giardino a casa mia. C'era il sole, era più o meno estate, ed erano arrivati due ... camionisti che parlavano una lingua che non, che non so, tipo turco ... stavano cercando di dirmi"*

qualcosa e ovviamente non capivo". Possiamo indagare questo sogno in termini della Funzione compromessa, ossia, la lingua e la voce, limitandolo nell' Aprirsi al mondo e comunicare con lo stesso. Dall'altro lato, un ulteriore elemento è presente nella difficoltà riscontrata di essere Considerato e Capito dal mondo. Di fatto, poco tempo prima, Marco comunicò alla sua famiglia allargata la sua decisione di voler fare un percorso di Affermazione Genere. La famiglia però risultò tendenzialmente chiusa e poco disponibile nell'accogliere tale richiesta. Andremo successivamente ad approfondire tale vissuto attraverso la polarità Aprirsi versus Essere Considerati. Al momento della ventiseiesima seduta invece, si osserva una maggiore vitalità nel modo di raccontarsi di Marco. Inoltre, Marco decide di andare al mare con le sue amiche, alle quali vorrebbe comunicare di essere una persona transgender: *"Le prime due [mie amiche] mi chiamano Marco quando si ricordano, quell'altra non lo sa, però glielo dirò perché probabile che la vedrò ancora più avanti ... perché l'anno scorso quando sono andato al mare non l'ho mica detto a nessuno perché i miei mi hanno detto no"* (Seduta 33; Fase 4, Decisione). Durante la trentanovesima seduta Marco sostiene di aver pianto, e che per la prima volta abbia *"fatto rumore"*: *"Mi è successo l'altra volta di piangere invece questa volta qua ... non riesco a non fare rumore ... in genere riesco a piangere senza far rumore, in questo caso non riesco ... che è strano per me"* (Fase 5, Sperimentazione). Al momento della seduta 53. è stato possibile rilevare – dalle registrazioni audio dei dati - un cambiamento nella sonorità e qualità della voce di Marco, che appariva più aperta e decisa. Tuttavia, tale trasformazione risultava strettamente intrecciata con l'esperienza di Essere Considerato, nella misura in cui la sua voce appariva più soffocata e chiusa quando il vissuto di Essere Compreso e supportato rimaneva insoddisfatto.

Mostrarsi VS. Vergognarsi. Possiamo assumere che il dispiacere emerso nei racconti descritti di Marco in merito al Mostrarsi al mondo, con e attraverso il proprio corpo, sia strettamente legato al fatto che a sua dire *"uno vedendo[lo] non vede un ragazzo"*: *"Ho chiesto a uno per il bagno e questo mi ha indicato quello per le donne, quindi vuol dire che, uno vedendomi non dice questo è un ragazzo"* (Seduta 1). Così tale vissuto lo spingerebbe a nascondere la sua identità come persona transgender, *"non vorrei che sapessero che sono un trans"*, cercando piuttosto di sforzarla, *"dato che non ho l'aspetto cerco di forzare"* (Fase 1, Definizione del Dilemma). Marco continua a riferirsi a tale vissuto, *"quando mi parlano usano tutto al femminile, sconosciuti, quindi vuol dire che mi vedono come una femmina ... vuol dire che è un aspetto ancora"*, e la sua sofferenza ad esso collegato *"voglio vedere me e non mia sorella gemella che mi assomiglia molto però non è me"* (Seduta 9). Durante la medesima seduta, la terapeuta lo aiuta a comprendere che invece di trattarsi prevalentemente di una questione di "aspetto" si tratti piuttosto di

iniziare a fare esperienza dell'identità di genere che Marco sente propria (Fase 2, Esplorazione). Durante le successive sessioni di psicoterapia la psicoterapeuta invita Marco a preparare uno scritto che esprimesse il suo Sentire e Percepire attuale. Marco porta tale scritto in psicoterapia al momento della diciottesima seduta: *“Mi sento nudo quando cammino in pubblico c'è uno che mi fissa, mi sono messo i pantaloni stamattina non sono uscito in ciabatte, vero? OK, la felpa ce l'ho perché questo mi fissa? Non sto ridendo da solo Spero di non aver sculettato, starà pensando che sono frocio oppure una lesbica fin troppo maschile. E se adesso mi mena? ... Ci passiamo di fianco, mi fissa ancora, non sembra aggressivo che ansia, perché quando uno non capisce se sei, un maschio o una femmina ti fissa, se non altro, tutto questo imbarazzo finirà una volta che avrò dei tratti maschili? Sì, credo proprio di sì”*. Insieme, si individua un aspetto saliente: l'Essere Visto e guardato in un certo modo, si configura anche attraverso un sentire proprio, nonché il pensiero di essere “fissato” (Fase 2, Esplorazione). Marco sostiene che per tale motivo tenderebbe *“a nascondersi”* (Fase 3, Consapevolezza). Più avanti nel percorso, Marco riporta un sogno: *“Era un cartone ... c'era ... presente quella bionda di Frozen ... è arrivata e ha fatto qualcosa ... poi è scomparsa ... ha un potere ... [di] fare cose con il ghiaccio ... poi ad un certo punto spuntava Merlino ... un personaggio molto simpatico ... e saltava ... doveva saltellare su dei sassi volanti per arrivare dall'altra parte e ... ce ne era uno che era di ghiaccio.. e allora è caduto giù ... però era una specie di videogioco quindi non si faceva male”*. Con l'aiuto della psicoterapeuta Marco riesce a individuare alcuni punti salienti di tale sogno. La terapeuta gli riporta che accada frequentemente che le persone durante un percorso di Affermazione di Genere sognano personaggi con superpoteri che trasformano l'umano. Inoltre, la combinazione di mascolinità e femminilità, sembrerebbe connettersi al fare esperienza di un viaggio di trasformazione, che per Marco, si stia concretizzando sempre più ampiamente (Fase 3, Consapevolezza; Fase 4, Decisione (Implicita)). Marco continua a sentirsi ostacolato nel Mostrarsi al mondo con piacere. Al momento della seduta 33. riferisce di trovare difficoltà nell'acquisto di vestiti estivi che lo vestano bene, *“mi dà più disagio andare in cerca di vestiti che mi stiano, piuttosto che avere caldo”*, e che il motivo principale di tale disagio, sia legato al fatto di non avere ancora un corpo *“abbastanza maschile”*: *“Dovrei trovare i pantaloni giusti perché ne ho un paio però mi fanno sembrare il culo un po' più grosso e non va bene ... una volta ho provato a comprare dei pantaloni così, la taglia prima mi lasciava tanto così di più piccolo, nei fianchi”* (Fase 2, Esplorazione). All'interno del setting terapeutico si è sviscerato la rilevanza di vestire un corpo che lo rappresenti come persona, anziché come una persona più o meno maschile. Successivamente, Marco riferisce di aver acquistato un nuovo binder (Fase 5, Sperimentazione), e che tuttavia, a suo dire, l'impaccio principale è che non ci siano *“ancora altri presupposti”* (Fase 1, Definizione del Dilemma). In relazione a ciò, sostiene di aver notato

una macchiolina rossa sul petto: *“La prima cosa che ho pensato è stato speriamo che sia un tumore maligno, non grave, così mi tirano via [il seno] e sono apposto”*. Risulta evidente come il vissuto di Mostrarsi e Nascondersi, sia strettamente legato alla percezione del proprio aspetto fisico, e del desiderio profondo che esso cambi. Tale bisogno si esprime ulteriormente all’interno di un sogno: *“Ero con mia cugina piccola ... in un negozio di vestiti per bambini, era giorno però il negozio era chiuso e non c’era nessuno ... alla fine o io o lei abbiamo preso qualcosa, non so una maglietta, e siamo usciti, ma io avevo dimenticato di dare i soldi allora sono corso dentro e ho lasciato la un sacco di monete e poi è finito ... avevo la sensazione di rubare qualcosa”* (Seduta 43). Con l’aiuto della psicoterapia, Marco riesce a individuare gli aspetti salienti di tale sogno, tra cui, la sua ricerca di un nuovo “abito”. Ciò, sembra collegarsi al suo desiderio di voler essere un ragazzo adulto e di poter fare tale esperienza fino in fondo, senza sentire di infrangere le regole (Fase 2, Esplorazione).

Sé in relazione con l’Altro

Contatto Attivo (Portarsi l’altro) vs. Isolarsi, Lasciare l’altro, Separarsi dall’altro. L’EBS del Contatto Attivo, per ricevere aiuto e/o affetto, nel caso di Marco appare alterata in termini di una duplice valenza. Se da un lato, Marco appare una persona tendente verso l’isolamento e la chiusura, dall’altro, il fatto che apparentemente sembra non aver potuto sperimentare appieno l’esperienza di Essere Considerato e Tenuto da persone vicine, lo abbiano spinto a Contattare l’altro “sbagliato”, che a sua volta non ha potuto colmare il suo bisogno di Amore e Protezione. A quest’ultimo si collega la difficoltà di Lasciare e Separarsi dall’altro. Andremo ora indagare l’evoluzione di questi vissuti lungo il percorso della psicoterapia. Durante la quinta seduta, la psicoterapeuta aiuta Marco ad articolare il dilemma in merito all’esperienza di entrare in contatto con l’altro: *“Da te, da quello che dici, ma anche da come ti proponi ... [sembra che] una cosa che tu non hai fatto ... è proprio quella di ... vivere, frequentare persone della tua età”* (Fase 1, Definizione del Dilemma). In relazione a ciò, Marco sostiene di non avere mai avuto la *“tendenza ad andare verso gli altri”* e a suo dire il motivo è che: *“Perché ero figlio unico e... vivevo in un posto abbastanza isolato, non ho mai avuto tanti contatti con... cioè giornalieri, con i miei coetanei, a parte la scuola e quindi... stando sempre coi nonni oppure con i miei ... non ho mai avuto questa abitudine di andare a casa di ...ho avuto un imprinting”*. All’interno del contesto terapeutico si è andato a esplorare questi racconti descritti, individuando gli aspetti che influissero sul mantenimento della tendenza di isolarsi. Oltre l’aspetto di essere cresciuto all’interno di una famiglia tendenzialmente chiusa, si individua il fatto che per Marco si tratti di riesplorare la sua abilità di muoversi *“verso qualcuno”* nonché di muoversi a *“piccoli passi verso l’esterno”* (Seduta, 7, Fase 2, Esplorazione). Al momento della decima

seduta, Marco sostiene di aver avuto modo di ricontattare e riappacificarsi con la sua *“ex-migliore amica”* e nella dodicesima seduta riferisce di essersi incontrato con un’altra coetanea (Fase 5, Sperimentazione). Nel corso della medesima seduta, si acquisisce consapevolezza sul fatto che Marco apparentemente sarà sempre una persona più intima e tendente verso la chiusura e che sia importante per lui rispettare il proprio sentire, cercando di individuare un equilibrio sostenibile nella sua relazione con il mondo esterno (Fase 3, Consapevolezza). Nel periodo prossimo, Marco continua a incontrare persone della sua età, e al momento della ventiduesima seduta, viene trattato il rapporto con i suoi genitori. Nello specifico, la psicoterapeuta gli propone di andare attivamente a chiedere ai genitori di fare più attività insieme. Marco sostiene che potrebbe trovare difficoltà: *“Non credo sarà possibile ... perché non abbiamo mai fatto cose tutti e tre assieme in casa ... mia mamma è difficile farle venire la voglia ... mio papà è anche un po’ meno, ma mia mamma se non c’è proprio una roba che dice che bello”* (Fase 2, Esplorazione). Qualche seduta dopo riporta di aver cucinato con il padre (Fase 5, Sperimentazione), ma che sua *“madre non [parteciperebbe] mai a cose collettive”* e che lei stessa non abbia tanti amici. Andremo ad approfondire il rapporto di Marco con i suoi genitori nel paragrafo successivo in merito alle EBS dell’Aprirsi e dell’Essere Considerati. Tenzialmente si è potuto osservare un movimento in termini di una maggiore disponibilità nell’entrare in contatto con le persone. Inoltre, relativamente a tale modalità, si collega il sentimento di attrazione esperito da Marco nel confronto di uomini adulti, e, il rischio di appoggiarsi alle persone *“sbagliate”*. Durante la terza seduta, Marco racconta che all’età di 13 anni si sia infatuato per il suo Professore di Lettere e Geografia, cercando in lui affetto e aiuto e idealizzando la possibilità di costruire con lui un rapporto sentimentale. Tuttavia, questa persona non è stata capace, né a Fermare tale richiesta, né a colmare il bisogno insoddisfatto di Marco di Essere Tenuto e Considerato appieno (vedi paragrafo 4.1. Analisi Tematica). Nella quinta seduta Marco riferisce di aver fatto un sogno: *“Uscivo a cena con Andrea [Professore] e la sua compagna ... non era un ristorante ... di fianco c’era un cimitero coperto ... ho tagliato col coltello un bicchiere ... e ho mangiato un pezzo di [questo] bicchiere ... non hanno detto niente [Andrea e la sua compagna], come se fosse la cosa più normale del mondo i ... e basta ... erano un po’ freddi entrambi ... [ed io] mi sentivo a disagio”*. Insieme alla terapeuta individuano gli aspetti salienti di questo sogno in relazione al rapporto con il Professore, confermando il fatto di non Essere stato Fermato e Protetto (mangiando pezzi di vetro), e di respirare un’atmosfera non-nutritiva, fredda e cimiteriale. Al momento della settimana seduta, insieme alla psicoterapeuta, si esplora la *“velenosità”* e *“fantasiosità”* di questa relazione, che Marco accoglie con tristezza, esprimendo piangendo: *“Sapevo che prima o poi avrei dovuto ... [staccarmi da lui] ... speravo che si potesse mantenere un’amicizia”* (Fase 2, Esplorazione). Nel

corso della diciottesima seduta, Marco sostiene di non aver più visto il suo Professore, che però gli manca e che spera che un giorno potranno ritornare ad uscire assieme: *“Non me la sento di tagliarlo via dalla mia vita”*. Insieme alla psicoterapeuta si individua che non si tratti di tagliare via questa persona dalla sua vita, ma che piuttosto, si tratterà di cercare un modo per attenuare l’impatto che questa persona ha su di lui, *“bloccandolo nel suo sviluppo emotivo, affettivo e sociale”* (Fase 2, Esplorazione). Più avanti nel percorso, al momento della seduta 49. Marco riferisce un ulteriore sogno all’interno di cui appare il suo Professore: *“Dovevo attraversare la strada, e in moto c’era un Andrea senza il casco ... e quando ho finito di traverso la strada mi son girato e l’ho mandato a ***** con un gesto e lui mi ha detto qualcosa tipo <<Grazie per avermi permesso di stare con una ventenne >> ... stavo andando avanti però ... mi sono girato ... l’ho visto di schiena e aveva una giacca, che avevamo comprato, io e i miei,... e poi ... gli volevo scrivere, su WhatsApp, ma che bella giacca dove l’hai presa ... però in realtà avevo mandato un link che [ha a che] fare con la COOP. E, lui ha scritto ... <<certo che, la COOP, ci fa proprio una brutta figura del cliente come te >> e poi mi ha bloccato”*. Insieme alla psicoterapeuta Marco riesce a individuare la rappresentazione del Professore come una figura “fuori legge” (girando in motorino senza casco). Ciò si collega alla incapacità dello stesso di mantenere un rapporto sostenibile con Marco, ovvero quello tra insegnante e allievo, sostenendo, invece, un suo bene personale. Inoltre, tale sogno esprime un percorso di rabbia dentro di Marco ancora inespresso, e un accenno al fatto di avere donato tanto a questa persona, senza ricevere niente di nutritivo in cambio (giacca e link della COOP). Si è inoltre individuato che tale sogno esprime un lavoro di “separazione psichica” da questa persona e che Marco stia iniziando una elaborazione, ancora non consapevole, ma in atto (Fase 3, Consapevolezza, Fase 4, Decisione (implicita)). Avanti nel percorso, durante la cinquantacinquesima seduta, Marco racconta di aver incontrato una persona, nonché il suo insegnante di scuola-guida: *“[Gli ho scritto un biglietto e] gli ho fatto capire che lui mi piace”*. Insieme alla psicoterapeuta si è approfondito l’interesse di Marco per persone adulte maschili. Marco sostiene che il motivo sia che queste persone siano più esperte, e malgrado ciò riferisce di essere consapevole che la costruzione di una relazione sentimentale con una persona 40enne possa rivelarsi difficile. Si individua che il suo percorso comprenderà la ri-scoperta della sua capacità di potersi connettere all’Altro dentro a relazioni che siano nutrienti, su un piano reale e di fattibilità. A ciò si collegherà anche, più generalmente, l’esplorazione della sua capacità di socializzazione e di curiosità verso l’Altro. Inoltre, viene esplorato il fatto che non avendo mai sperimentato delle relazioni sentimentali, l’interesse per il maschio adulto potrebbe essere veicolato dal suo sentirsi in termini di un’identità di genere maschile, e da un rifiuto verso quella femminile (Fase 2, Esplorazione). Poco tempo prima del concludersi dei passaggi legali per avviare l’inizio della

TOS, Marco porta in psicoterapia la sua preoccupazione che un giorno probabilmente rivedrà il suo Professore. Vorrebbe capire come comportarsi in tale situazione, sostenendo che lui, il Professore, probabilmente cercherebbe di parlargli. Sostiene di essere dispiaciuto per quanto si è verificato nella loro relazione e di non riuscire a eliminare il rimasuglio di ammirazione che prova verso questa persona. Insieme alla psicoterapeuta si individua l'importanza che sarà il compito di Marco a fissare il "punto" del rapporto: *"Il punto lo metti nel momento in cui tu dici no"* (Seduta 64, Fase 2, Esplorazione). Questa elaborazione in questo momento preciso della psicoterapia, sembra collegarsi al percorso di Marco di realizzazione di sé, che avviene sempre più concretamente. Ora, se è vero che il percorso di realizzazione di sé non può avvenire disconnesso da un contesto sociale, risulta altrettanto importante imparare a non confondere una "responsabilità e soggettività" propria rispetto a quella altrui.

Aprirsi VS. Essere Considerati. Si è deciso di descrivere la polarità esperienziale dell'Aprirsi e dell'Essere Considerati relativamente all'oggetto, "Altro", nel momento in cui la capacità del Sé di Aprirsi si sviluppa e manifesta relativamente al sentirsi Considerati dal mondo circostante. Come descritto in modalità dettagliata nella prima parte dell'Analisi dei Dati, l'esperienza di sentirsi Considerati, nel caso di Marco, è vissuta in modalità alterata, in termini di molteplici sfumature. Una tra di esse, è radicata nel rapporto con i propri genitori, che a suo dire, *"non siano pronti"* ad accoglierlo come persona transgender. Ciò, di conseguenza, lo avrebbe spinto, in maniera più o meno diretta, a convincersi del fatto che si inutile condividersi. Ad esempio, nonostante la madre di Marco lo chiamasse in modo che a lui non piaceva *"per niente"*, sostiene che la questione non era così importante, e doveva solo portare *"pazienza"* (Seduta 6). Inoltre, nonostante il padre, sembra un po' di più accogliere la sua richiesta, fatica di rivolgersi al figlio al maschile. Relativamente a ciò la psicoterapeuta aiuta Marco a comprendere la rilevanza *"di aprirsi"* con il mondo e *"di sostenere"* il proprio sentire (Fase 1, Definizione del Dilemma). Similmente, nel corso di una seduta prossima, Marco riferisce di aver avanzato la richiesta ai suoi genitori di condividere il suo percorso di Affermazione di Genere con la famiglia allargata: *"Ho parlato con i miei di fare coming out con la famiglia, cioè coi miei zii e i miei nonni perché anche loro avranno bisogno di tempo per abituarti all'idea di vedermi cambiare ... mia mamma tira indietro ... lei voleva aspettare fino a quando non avessi avuto gli ormoni ... e non sono per niente d'accordo"* (Seduta 9, Fase 1, Definizione del Dilemma). Inoltre, sostiene che: *"[Lo faccio per] la famiglia, non è per me, è per loro, perché hanno bisogno di tempo"*. Insieme alla psicoterapeuta si esplicita che si tratti invece di un movimento che Marco attua per sé per farsi riconoscere per chi si sente di essere (Fase 2, Esplorazione). Nella seduta successiva Marco riferisce di aver nuovamente e più

esplicitamente convocato i suoi genitori in merito alla questione di “fare coming-out” con la famiglia estesa (Fase 5, Sperimentazione). Sostiene che suo padre lo appoggierebbe in questa scelta, mentre sua madre farebbe fatica. Perciò Marco riferisce di non essersi imposto: *“A me personalmente non cambia niente ...se loro proprio non ce la fanno, aspettiamo ... cioè a me non cambia niente, poi magari comunque lo dirò io se non lo fanno entro un certo”* (Seduta 10, Fase 1, Definizione del Dilemma). Al rientro delle vacanze natalizie, Marco racconta, di essere riuscito a fare “coming-out” con zii e nonni (Seduta, 12, Fase 5 Sperimentazione). Racconta che alcuni di essi hanno accolto la sua apertura al contrario di altri (Fase 1, Definizione del Dilemma). Inoltre, nonostante sua madre non si sia mostrata accondiscendente, Marco decide di aprirsi anche con una amica di famiglia, scrivendole personalmente un messaggio in cui condivide la sua intenzione di voler fare un percorso di “transizione”. In tale messaggio, descrive come il suo percorso per lui non sia “una scelta” ma che non riesca a continuare a vivere altrimenti, e che desidera “vedersi presentato” per chi si sente di essere (Fase 5, Sperimentazione). Dopo qualche seduta, si riaffronta il clima familiare: *“[Va] tutto normale ... mia mamma sta tornando indietro un po' perché quando parla con mio nonno, poi, regredisce”*. Si esplora la tendenza di Marco di sminuire vissuti che per lui creerebbero uno stato di sofferenza profonda, nel momento in cui afferma che: *“Non è che mi pesi così tanto ... era prevedibile ... ormai ho capito che [mia madre] torna indietro ... pazienza”* (Seduta 18, Fase 2, Esplorazione). A ciò si collega un sogno riportato da Marco nel corso della ventiquattresima seduta: *“C’era mio nonno che ... parlava con mia mamma ... e io... facevo mi pare [cose per la] scuola tra ... il giardino e il recinto con cui si accede agli animali ... ad un certo punto ... [ho] visto [che] per terra, c’era una graffettatrice ... e allora io andavo da mia mamma e dicevo <<ma chi ce l’ha messa la graffettatrice lì >> ... e lei mi dice <<ma è sempre stata lì ... è normale che sia lì >> ... e allora io tornavo a vedere e dicevo <<ma c’è una graffettatrice dentro il recinto degli animali >> ... anche mio nonno diceva ... <<è normale che sia lì, ... lascia stare ... anzi sta buona e lasciami parlare con tua mamma >> ... e poi più o meno finiva qua”*. Insieme alla psicoterapeuta si esplorano se ci sofferma sull’elemento della presenza delle due persone che meno sembrano accettare il sentire di Marco e perciò non riuscirebbero a riconoscere le stranezze che lui cercherebbe di portarsi (graffettatrice). Non di meno, l’elemento della graffettatrice sembrerebbe indicare lo sforzo di Marco nel cercare di “mettere insieme” i differenti punti di vista, i suoi e quelli della sua famiglia (Fase 2, Esplorazione). Nel tempo, Marco sembra sostenere sempre di più il suo sentire interno e di far sì che esso possa avere un resoconto esterno. Così al momento della seduta 33. parla della possibilità di cambiare il suo percorso di studi per seguire la sua passione per la scrittura e lettere (Fase 3, Consapevolezza). I suoi genitori si mostrano accondiscendenti a tale movimento, che si realizzò nel periodo prossimo

(Fase 4, Decisione, Fase 6, Integration). Più avanti, riferisce che suo padre per la prima volta sia riuscito a chiamarlo con il suo nome d'elezione (Seduta 39, Fase 5, Sperimentazione). La relazione con suo madre tuttavia continua a costituire una fonte di disagio: *“Io non continuo a capire perché mia madre procrastini sempre l'accettare la mia terapia ormonale perché procrastinava due anni fa e ogni volta che se ne parla sembra sempre che è una roba nuova e che non se lo aspettasse ... questo poi ha degli effetti su di me”* (Seduta, 43, Fase 1, Definizione del Dilemma). La psicoterapeuta lo aiuta a comprendere, che mentre lui stia facendo il suo percorso anche le persone intorno a lui transirebbero, e che lui potrà non fare a meno di accogliere il sentire altrui, senza entrarne in conflitto (Fase 2, Esplorazione). In una seduta successiva, Marco porta un ulteriore sogno, relativamente a tale vissuto: *“Ero a casa mia, avevamo un'uccellina piccolino, che accarezzavamo, all'inizio era tranquillo ... finché lo tenevano i miei, ... poi ha cominciato ad essere ostile, finché ad un certo punto veniva proprio a beccarmi in faccia. Se non lo stavano accarezzando mia mamma o mio papà, cominciava a volare, e mi veniva in faccia e mi beccava cercava di mandarmi via”* (Seduta, 46). Marco, insieme alla psicoterapeuta, si sofferma sugli elementi salienti all'interno di questo sogno. In primo luogo, i suoi genitori sembrano voler tenere la loro figlia *“piccolina”* in mano, per proteggerla, e far sì che non cresca, che non voli via e che non si faccia del male. L'*“uccellino che prende il volo”* invece, sembra rappresentare l'attuale percorso di trasformazione di Marco, che non si realizzerà indolore. Marco, si trova all'interno del suo percorso trasformativo, dentro il quale la sua faccia, indicativamente rappresentativa della sua identità, cambierà. Si tratterà di muoversi sempre di più verso una *“completezza”*, dentro la quale *“la sua parte piccola”* e *“la sua parte grande”* possano coincidere, senza confliggere tra di loro (Fase 2, Esplorazione e Fase 3, Consapevolezza). Nel trascorrere del percorso psicologico preso in esame e relativamente al rapporto con i suoi genitori, all'interno del quale Marco si sente difficilmente compreso, continuano a emergere sentimenti di sconforto e dispiacere (Seduta 57, Seduta 64).

5 DISCUSSIONE

“Il mio corpo è un velo della mia esistenza, ma la maggior parte delle cose non può essere narrata solo attraverso la sua apparenza fisica.”

Chellaman (AFAB)

Attore asiatico-americano, Youtuber, Modello, Artista, Attivista LGBTQ.

Il presente lavoro ha voluto offrire un viaggio nella realtà vissuta da due persone transgender, di Marco (AFAB) e Alessia (AMAB), durante il loro percorso psicologico di Affermazione di Genere di stampo Neo Funzionale e prima dell'avvio di eventuali trattamenti ormonali e/o chirurgici attuati sul corpo. Si è scelto di focalizzare lo studio sul periodo precedente all'avvio di un eventuale trattamento medico nella misura in cui, come si è visto nel primo capitolo di questo lavoro, costituisce una tappa delicata e dibattuta del percorso di affermazione e di realizzazione del Sé. Nello specifico, le persone transgender tendono a vivere tale periodo come obbligatorio, sforzandosi, in taluni casi, a confermare i criteri diagnostici della Disforia di Genere per ottenere i trattamenti medici desiderati, e/o segnalando vissuti di discriminazione e stigmatizzazione relativi a visioni patologizzanti e “transnormativi” della loro esperienza (Schulz, 2018). I professionisti della salute mentale sono visti a esercitare una posizione di “controllo” (“gatekeeper”) per l'accesso a determinate cure mediche, cercando di inquadrare i soggetti all'interno di una nosografia psichiatrica, e rischiando, oltretutto, di operare alla stregua di una mancata sensibilità e competenza riguardo le questioni legate ad esperienze di genere non conformi (Brooker & Loshak, 2020; Mizock & Lundquist, 2016). I principali dibattiti sollevati in merito alla diagnosi di DG (APA, 2013) e più in generale al modello medico-psichiatrico che organizza il percorso di Affermazione di Genere in Italia, possono essere accomunati in tre punti: la visione *patologizzante* e *medicalizzante* del fenomeno transgender e l'impatto dell'*ordine binario di genere* come concettualizzazione dominante all'interno delle società occidentali. Ora, si affermano diversi attivismi socio-politici che cercano sempre di più di tutelare il diritto alla diversità umana e sessuale, e vi sono proposti modelli alternativi a quello medico-psichiatrico (Crapanzano et al., 2021; Schulz, 2018). Tuttavia, sembra essere altrettanto rilevante poter assumere una prospettiva conoscitiva alla realtà transgender in sé che permetta di vedere la persona nella sua interezza. Ciò, nella misura in cui la stessa vive un'esperienza *reale* psico-corporea di incarnazione di genere, che è inevitabilmente collocata all'interno di un contesto socioculturale. Perciò si è deciso di adottare il modello di psicologia Neo-Funzionale (o Funzionalismo Moderno), che ha permesso di affrontare tale complessità del fenomeno, senza però rimanere in una visione

parziale o troppo astratta dello stesso (Rispoli, 2004, 2014, 2016). Nello specifico, l'esperienza vissuta delle due persone transgender prese in esame è stata illustrata relativamente a determinate Esperienze di Base del Sé che lungo il percorso della loro vita sono rimaste alterate e/o carenti. Si è notato come le stesse si manifestano in una configurazione Funzionale precisa, incarnata dalla persona come vi è illustrato nei Diagrammi Funzionali. Quest'ultimi comprendono tutti i livelli di Funzionamento del Sé che sono a loro volta interconnessi tra di loro in modo circolare in termini di Sistemi Integrati.

Obiettivo Primo: Il Disagio nell'Incarnare un Genere non in Linea con la Norma

Il primo obiettivo del presente lavoro ha voluto offrire una lettura dell'esperienza vissuta di due soggetti transgender durante la fase iniziale dell'accompagnamento psicologico di Affermazione di Genere, applicando il modello di psicologia Neo-Funzionale. Nello specifico si è andati a osservare il disagio esperito dai soggetti nell'incarnare un genere non in linea con le aspettative socioculturali sui generi e sui corpi, o meglio, nel disagio vissuto relativo al poter essere sé stessi.

Le EBS rimaste più carenti nell'esperienza vissuta di Alessia (AMAB) erano l'Essere Considerati, l'Essere Tenuti, le Sensazioni, il Benessere, il Lasciare e lo Stare. Nel caso di Marco (AFAB) invece, oltre alle esperienze di non Essere Considerati e Tenuti, vi erano alterazioni nelle EBS dell'Aprirsi, di Mostrarsi e di Contattare attivamente l'altro. Mentre le EBS Essere Considerati ed Essere Tenuti, sembrano essere, nel loro implicito, più relativi al rapporto con l'altro, tutte le esperienze si manifestano ugualmente sia nel rapporto che il soggetto ha con sé che nel suo rapporto con il mondo (Rispoli, 2016, p. 25). Ciò si ritrova in quanto riportato da Lev (2004, in Schulz, 2018): il modello diagnostico di DG sembra sottovalutare la possibilità che il disagio sperimentato dagli individui transgender, in rilevanti aree di funzionamento, possa essere influenzato, se non propriamente determinato, dalla risposta della società alla presentazione di non-conformità di genere, piuttosto che essere il risultato unico di un turbamento interiore. Nello specifico, in entrambi i casi presi in esame, la compromissione dell'Essere Considerati, Visti e Valorizzati dal mondo esterno per chi si è e per chi ci si sente di essere, sembra aver costituito un ostacolo significativo per i soggetti nel vivere e realizzare un Sé autentico. Nel caso di Alessia, il non Essere Considerata al femminile e/o preoccupazioni invadenti di non esserlo, ha influito e minacciato il suo modo di porsi e Mostrarsi al mondo con piacere con e attraverso il suo corpo, una abilità che di fondo vive in maniera naturale e visibile attraverso atteggiamenti corporei manierati. Invece, manifestava un enorme disagio, paure e immaginazioni incombenti nel camminare in

pubblico e nell'entrare in contatto "reale", anziché "virtuale", con le persone. Inoltre, si è visto come ciò, ma non solo, sembra averla portata a vivere uno stato di vigilanza continua, creandole difficoltà a Lasciare uno di tensione accumulata. Quest'ultimo era ben osservabile a livello Fisiologico in tachicardia, una respirazione toracica, insonnia, e, più generalmente, in una simpaticotonia cronica. Similmente, nel vissuto di Marco il non Essere Considerato, e la convinzione di "non passare" nel genere esperito come proprio, sembra aver bloccato la sua esperienza di Aprirsi e Mostrarsi al mondo, portandolo invece a chiudersi e nascondersi, sviluppando così un Funzionamento stereotipato di vergogna e imbarazzo. Ciò si manifestava inoltre, in processi Funzionali posturali e motori irrigiditi, uno stato profondo di ipertensione fisiologica e un controllo elevato sia nel rapporto con sé sia nel rapporto con il mondo. Inoltre, vi erano presenti immaginazioni illusorie su cosa prendersi, alle quali si collegava il rischio di appoggiarsi alle persone "sbagliate". In altre parole, Marco aveva bisogno di imparare a distinguere chi potesse veramente colmare i suoi bisogni di Essere Considerato e Visto con amore e valore. Inoltre, in entrambi i casi presi in esame, vi era uno sviluppo sfavorevole nell'esperienza vissuta di Essere (stati) Tenuti e Fermati con mani saldi. Questo sembra aver precluso la possibilità di poter sperimentare con fiducia l'equilibrio tra vitalità e attivazione da un lato e allentamento dall'altro.

Questi risultati si allineano a quanto riportato da K. Cooper, Russell, Mandy e Butler (2020) circa la fenomenologia del vissuto di incarnare un genere "non in linea con la norma". Nello specifico i temi più frequentemente riferiti dai partecipanti rispetto a rapporti sociali erano: la preoccupazione di incontrare esperienze di *misgendering*¹⁷, una tendenza a isolarsi in conseguenza al non Essere Visti dalla società nell'identità di genere che sentivano propria e l'interiorizzazione del rifiuto sociale con un susseguirsi di vissuti di ipervigilanza, sentimenti di vergogna e paura di vivere il proprio genere percepito. Ora, risulta importante tenere in considerazione che l'esperienza di non Essere (stati) Considerati, nei soggetti presi in esame, non solo si riferiva alla condizione "transgender", ma si realizzava piuttosto come esperienza più ampia. Ovverosia, il non Essere Considerati come persone che vivono una propria esperienza di vita e che desiderano che il proprio sentire interiore abbia una corrispondenza esterna (Di Gregorio, 2019, p. 56).

Per quanto concerne l'esperienza vissuta dei soggetti rispettivamente alle proprie sensazioni corporee e la propria morfologia corporea, nel caso di Alessia, il Sentirsi e il Percepirsi era compromesso nella misura in cui la sua esperienza vissuta si collocava maggiormente su un piano cognitivo-mentale di attivazione, mentre le sensazioni corporee accedevano alla sua

¹⁷ Quando più o meno intenzionalmente ci si riferisce agli soggetti TGNC in termini del sesso biologico, anziché in termini dell'identità di genere attraverso la quale la persona si definisce.

coscienza prevalentemente attraverso disturbi fisiologici e una negativa immagine di sé. Esprime con piacere il proprio genere percepito, nonostante vi fossero presenti sentimenti di timore e preoccupazione di non Essere Considerata in termini di tale. A ciò si collegavano disagi relativi alla incerta definizione di sé, perlopiù nella fase iniziale della psicoterapia. A differenza di Marco, Alessia appare una persona più estroversa e intenta ad attrarre, anche sessualmente, per chi si sente di essere. Esprimeva atteggiamenti corporei più aperti e manierati, malgrado prevalevano una tensione corporea di fondo, una postura irrigidita soprattutto nelle aree basse del corpo (presumibilmente per nascondere le sue caratteristiche sessuali tipicamente associate al genere maschile), una forza trattenuta e movimenti inefficaci e scattosi. In modo simile, Marco, segnalava un forte disagio esperito con la propria immagine corporea e con le caratteristiche sessuali del proprio corpo. Ciò, ulteriormente si manifestava in una postura corporea chiusa soprattutto nelle parti aree del corpo (presumibilmente per nascondere il seno) e più generalmente in una tendenza irrigidita e trattenuta a livello posturale e motorio. Inoltre, Marco, si sofferma in più riprese sul disagio esperito nell'attesa che il suo corpo cambi una volta avviati determinati interventi medici, per far sì che esso rappresenti il genere maschile che sente come proprio. Anche qui si collega quanto riportato da K. Cooper et al. (2020) nonché il malessere esperito dai soggetti transgender rispetto alla dissonanza esperita tra identità di genere e l'apparenza del proprio corpo, incluse le caratteristiche sessuali dello stesso. Si è visto come ciò condiziona sentimenti di alienazione e disgusto verso il proprio corpo. Più specificamente, ciò sembrerebbe confermare il vissuto corporeo, soprattutto prima dell'avvio di eventuali programmi di interventi ormonali e/o chirurgici, in cui prevale un sentimento di *avere* un corpo, anziché di *esperirlo* e di *viverlo* (Di Gregorio, 2019, p. 45). In tale ambiguità, il corpo (con determinate caratteristiche sessuali primarie e secondarie) può essere vissuto come non rappresentativo del soggetto che lo abita. Una ulteriore fonte di sofferenza frequente si collega all'disagio identitario esperito relativamente a una definizione di sé incerta (K. Cooper et al., 2020), la quale appariva più evidente nel caso di Alessia, soprattutto nella fase iniziale della psicoterapia. Si è visto inoltre, che nel caso di Alessia i vissuti di malessere, relativamente nel rapporto con sé e con il mondo, si mostravano attraverso disturbi fisiologici, attacchi di panico, stati "esplosivi" di crisi e paure invadenti, nel caso di Marco invece prevalevano sentimenti di tristezza e sconforto che accompagnavano uno stato fisiologico di tensione e inibizione profondo. Si solleva che in entrambi i casi tali esperienze di dolore erano strettamente condizionate dalle esperienze vissute all'interno dei contesti sociali, nonché dalle mancate esperienze di Essere (stati) Considerati e Tenuti con rispetto e amore. Relativamente a ciò, un ulteriore aspetto da

non trascurare era la segnalazione da entrambi i soggetti della tendenza, attuale o vissuta in passato, di comportamenti autolesionistici. Uno studio importante di Liu e Mustanski (2012) ha mostrato come il rischio di autolesionismo e ideazione suicidaria siano particolarmente prevalenti nella popolazione LGBTQ+ e motivati da fattori come un elevato rischio di vittimizzazione, disperazione prospettiva e un basso supporto sociale. Inoltre, facendo riferimento a quanto descritto da Le Breton (2016b), si puntualizza che in una situazione di sofferenza la tendenza di ricorrere al corpo, infliggendoli ferite, è, piuttosto da intendersi come atto “cieco e privo di logica”, una “sorta di ultima risorsa per non scomparire” motivata da una “volontà di vivere” (p.9) e di realizzazione di sé. Inoltre, all’interno di una ricerca identitaria, mai compiuta, e mai distaccata dall’occhio dell’altro, il senso di sé può essere minacciato, nel momento in cui le frontiere tra dentro in fuori si sgretolano, e l’individuo non riesce più a tracciare il confine tra ciò che dipende dal proprio sentire e ciò che invece può essere accusato come merito altrui. Ciò lo spingerebbe così ad infliggere ferite sulla propria pelle per ritrovare i punti di riferimenti del sé più vicine delle quali si sente privato (Le Breton, 2016b, pp. 34–40). Possiamo assumere che tali concezioni si allineino a quanto esperito dai soggetti presi in esame, relativamente al desiderio di definizione, realizzazione e trasformazione del Sé, che incorpora non solo la dimensione soggettiva ma anche quella sociale e corporea.

Si è visto dunque e diversamente da quanto esposto nei criteri diagnostici del DSM-V, che le esperienze vissute dei soggetti presi in esame, più che limitarsi a processi intra-individuali di definizione e percezione di sé, erano strettamente relazionate a processi interindividuali, nonché al rapporto più o meno favorevole con gli ambienti sociali di vita. Ciò, oltre a essere confermato dallo studio di K. Cooper et al. (2020), si allinea allo studio di Pulice-Farrow et al. (2020), che specificatamente, attraverso narrative personali di persone TGNC circa la loro esperienza vissuta di disforia corporea, hanno indagato la misura in cui queste narrative si sovrapponevano ai criteri diagnostici della diagnosi di DG. Analogamente ai risultati del nostro studio, erano presenti vissuti di “alienazione verso il proprio corpo” e di “distress” esperito relativamente a questo sentire, che tuttavia non esprimevano uno stato di sentire fisso e statico, ma piuttosto relativo a determinate esperienze lungo il percorso di Affermazione di Genere personale e sociale.

Inoltre, si ricorda che le esperienze vissute in modo alterato nelle specifiche Esperienze di Base si manifestano su tutti i livelli Funzionali del Sé, inscindibilmente connessi tra di loro, a partire dalla dimensione Cognitivo-mentale, a quella Fisiologica, Motorio-posturale ed Emotiva. Ora, l’insieme funzionale e organizzato determina l’individualità e complessità della

persona (Rispoli, 2016, p. 22). In entrambi i casi clinici presi in esame, questo insieme, si allineava al Diagramma Funzionale sull'Incongruenza di Genere sviluppato dalla Dott.ssa Rosin (vedi Figura 3. del paragrafo 4.2). Ad esempio, vi erano presenti un controllo alto sulla dimensione Cognitiva-simbolica, uno stato di ipertensione, sensazioni bloccate e una respirazione trattenuta a livello Fisiologico, movimenti e posture irrigidite e una forza trattenuta sulla dimensione Motorio-posturale, e paure e tristezze invadenti e gioia repressa sulla dimensione funzionale Emotiva. Tuttavia, più di confermare aspettative “transnormative” che enfatizzano una visione precisa sulla configurazione di caratteristiche a cui tutte le esperienze transgender sono supposte ad aderire (Riggs et al., 2019), l'esperienza esperita dai soggetti presi in esame deve essere intesa come esperienza personale e individuale relativamente alla propria storia, ai propri vissuti e ai propri modi di essere. Ora, questo non significa che le esperienze considerate “tipiche” o “transnormative” delle persone transgender non esistono, come ad esempio, la narrazione di sentirsi in un “corpo sbagliato”, la “richiesta e la sofferenza legata all'attesa dell'intervento medico, nonché della trasformazione fisiologica” e la definizione del Sé che “conferma un ordine di genere binario”, ma si tratta piuttosto di andare *oltre*, conoscendo la persona attraverso, anziché esclusivamente con queste configurazioni precise, attraversando i suoi modi di essere, nel profondo e non solo in superficie (Rispoli, 2017b, p. 14). Questo sarà possibile solo nel momento in cui si decide di affrontare la complessità dell'esperienza umana in sé (Rispoli, 2004, pp. 52–53, 2014, 2016, pp. 14–15). In questo senso potrà essere possibile superare i confini conoscitivi tra ciò che s' intende con corpo versus mente, con identità di genere versus corpo anatomicamente sessuato, con Sé versus l'Altro. Inoltre, si tratta di riconsiderare come queste polarità sono profondamente connesse tra di loro.

Un'ulteriore punto relativo alle differenze individuali potrebbe essere appreso dalle ricerche sulle diversità delle esperienze vissute di persone transgender AFAB rispetto alle persone transgender AMAB (es. Lewins, 2002; Prunas et al., 2014; van de Grift et al., 2016). Nonostante si tratti di studi rilevanti per avvicinare la comprensione dell'esperienza vissuta di queste persone, di fronte a quanto esposto, forse sembrerebbe ancora più adeguato studiare le modalità attraverso cui afferrare al meglio la diversità umana in sé, oltrepassando una visione parziale e andando verso una visione integrativa dell'esperienza umana, affrontando la complessità della stessa.

Obiettivo Secondo: Andare verso un'Esperienza Incarnata di Genere

Entriamo dunque in merito a rilevare quanto emerso dall'analisi di cambiamento nei percorsi psicologici presi in esame. Nello specifico sono emerse tematiche specifiche considerabili, in ottica della metodologia di Meier et al. (2008) e di fronte al modello di psicologia Neo-Funzionale, lungo un continuum tra polarità. Se da un lato alcune di queste tematiche si esprimevano in termini di polarità esperienziali, nonché, di due EBS contrapposte ma ugualmente significative per un'esperienza di vita armonica (ad esempio Aprirsi versus Essere Considerati), in altri casi le tematiche esprimevano una vera e propria alterazione delle EBS (ad esempio Aprirsi versus Chiudersi) (Rispoli, 2016, pp. 48–55). Per motivi illustrati, si è scelto di suddividere le tematiche relativamente all'oggetto verso le quali erano indirizzate. Nonostante ciò, e come sopra accennato, si specifica che ogni EBS è intesa a rappresentare, nel medesimo tempo, un vissuto intraindividuale e interindividuale. In altre parole, ogni momento della vita quotidiana dell'individuo è vissuto attraverso specifiche EBS, ovvero, si tratta di vissuti più o meno adattivi ed equilibrati in risposta ai propri bisogni interni e in rapporto con le circostanze esterne (Rispoli, 2016, p. 53). Le tematiche che primariamente esprimevano la relazione tra il Sé e il Sé e tra il Sé e l'Altro erano le seguenti:

Tabella 3
Polarità Tematiche/Esperienziali di Cambiamento

	Sé in relazione con il Sé	Sé in relazione con l'Altro
Alessia (AMAB)	- Mostrarsi VS Vergognarsi, Nascondersi - Sensazioni VS Creatività, Immaginazione - Lasciare e Stare VS Vitalità, Realizzazione, Agitazione - Benessere VS Dolore.	- Essere Tenuti VS Abbandonarsi, Doversi Sostenere - Aprirsi VS Essere Considerati
Marco (AFAB)	- Aprirsi VS Chiudersi - Mostrarsi VS Vergognarsi	- Contattare l'altro VS Isolarsi, Lasciare l'altro, Separarsi dall'altro - Aprirsi VS Essere Considerati

Lungo l'accompagnamento psicologico, e prima dell'avvio di eventuali trattamenti ormonali e/o chirurgici, erano osservabili considerevoli cambiamenti sul continuum tra queste tematiche che si manifestavano in un' stravolgimento del Sé su tutti i livelli esperienziali. Ovverosia, l'insieme delle EBS alterate e il loro cambiamento, implicava, inevitabilmente, un cambiamento Funzionale del Sé. Si è partiti con l'assunzione che la persona transgender attraverso un accompagnamento psicologico di Affermazione di Genere possa andare verso un'esperienza incarnata e piena dell'essere sé stessa. Ora, secondo Rispoli (2016), lo studio

del processo di cambiamento in psicoterapia Funzionale è particolarmente complesso, nel momento in cui tutti i fattori di cambiamento sono importanti, ma nessuno di essi da solo basterebbe per spiegare pienamente il processo terapeutico (Rispoli, 2016, p. 139). Qui si è scelto di osservare il cambiamento del Sé relativamente alle EBS che lungo i percorsi della vita dei soggetti sono rimaste carenti e/o alterate. A loro volta erano costitutivi dei Progetti Terapeutici che miravano a ripristinare, rivivere e riaprire un'esperienza armonica delle stesse (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 10). Si è visto che il cambiamento manifestato in queste tematiche precise, nei soggetti presi in esame, non si è manifestato in modo lineare e in fasi susseguite e statiche ma piuttosto in modo dinamico e retroattivo. Inoltre, si è visto che generalmente le tematiche raggiungevano la quinta fase di “massima elaborazione” nonché quella della *Sperimentazione* (del modello SPMCP di Meier et al., 2008):

La persona risponde, si relaziona, sente, si comporta e pensa in modi nuovi e diversi e in conformità con la nuova prospettiva. Prova (esperimenti con) la nuova consapevolezza nelle situazioni di vita quotidiana. La sperimentazione si svolge tra la sessione di terapia e/ o viene provato all'interno delle sessioni di terapia.

Come riportato in dettaglio nel paragrafo 3.4.3, è possibile sovrapporre tale fase alla seguente fase di psicoterapia del modello Neo-Funzionale (Rispoli, 2004):

La fase di ricostruzione della maggiore parte delle EBS più nutritive e arcaiche.

Fase 3. Percezioni attuali:

a) Genitore nuovo: *Le vecchie tracce, vengono a poco a poco sostituite con le sensazioni e le percezioni attuali. La persona è in questa fase proprio come un bambino che riceve, assorbe, si nutre.*

b) Separare genitore vecchio dal nuovo: *Bisogna separare in modo sempre più netto le vecchie tracce da quello che la persona percepisce oggi in terapia. La figura terapeutica interviene ad esempio con un tono di voce affettuoso, un gesto tranquillizzante, uno sguardo avvolgente, un tocco rassicurante. La terapia prosegue e va oltre, per poter trasferire i miglioramenti raggiunti in seduta anche all'esterno.*

c) Separare genitore dal terapeuta: *La persona deve realizzare che non è tanto il nuovo genitore a produrre i miglioramenti, ma è piuttosto lui stesso che ha raggiunto nuove sensazioni, nuove capacità, è lui stesso a possederle.*

Dunque, vi era, per la maggior parte delle polarità tematiche riportate, una maggiore mobilità nello sperimentare attivamente, all'interno e al di fuori del contesto terapeutico, nuove gamme esperienziali delle EBS atrofizzate. Tale nuove gamme esperienziali si manifestavano inoltre nei vissuti onirici dei soggetti. Questi, potevano essere assunti come indicativi dello

stravolgimento del Sé, multidimensionale e profondo. Inoltre, si è mostrato nuovamente, come le esperienze vissute dei soggetti transgender, e gli eventuali disagi a esse collegate, non solo comprendevano una dimensione personale ma altrettanto sociale (K. Cooper et al., 2020; Pulice-Farrow et al., 2020). Quest'ultima, nei casi presi in esame, coinvolgeva prevalentemente l'ambito familiare, istituendo una fonte significativa e continua di sofferenza, lungo tutto il percorso di terapia. Si collega, il rapporto di Schrock e Boyd (2016) il quale descrive il processo di *incarnazione riflessiva* nel percorso di Affermazione di Genere. Precisamente, questo concetto esplicita le modalità attraverso cui lo sguardo altrui rappresenta una fonte fondamentale e continua nella definizione di sé e nel processo di incarnare, sempre più ampiamente, il genere percepito come proprio. Così, i cambiamenti osservati nelle tematiche maggiormente emergenti e rappresentative delle EBS costitutive dei Progetti Terapeutici, non sembrano aver raggiunto la fase finale di una Psicoterapia Integrata, ovvero, una condizione di pienezza armonica su tutti i livelli del Sé. Tuttavia, questo risultato può essere collegato al fatto che i percorsi psicologici presi in esame, rappresentavano “solo” una tappa del percorso di Affermazione di Genere e di realizzazione del Sé. Come si è specificato precedentemente, il percorso di Affermazione di Genere, nonché, di un vero e proprio progetto identitario multidimensionale, è continuo, e tanto meno si conclude una volta avviati determinati interventi ormonali e/o chirurgici. Accade infatti, che i soggetti, e come avvenuto nei due percorsi presi in esame, richiedano un accompagnamento prolungato e continuo che vada oltre il periodo iniziale dell'accompagnamento psicologico. L'obiettivo dello stesso sarebbe quello di offrire supporto durante la trasformazione corporea in termini fisiologici, indotta dai trattamenti ormonali e/o chirurgici. Si aggiunge, come specificato dalla Dott.ssa Rosin (02/2022, Comunicazione Personale), la possibilità che il processo “immaginario” della trasformazione corporea, ma non solo, possa svelarsi, dal punto di vista delle persone, diversamente da quello “vissuto”. Così il percorso scenderà ancora più in profondità, nello sviluppo e stravolgimento del Sé, e sempre di più verso la realizzazione e incarnazione concreta del proprio progetto identitario. Di fronte a quanto esposto si è scelto consapevolmente, in cooperazione con la psicoterapeuta Funzionale Roberta Rosin (correlatrice in questo progetto), di non produrre i Diagrammi Funzionali al momento della fine dell'accompagnamento psicologico preso in esame. I risultati di questo lavoro possono essere considerati piuttosto come *parte integrante* del percorso *verso* l'incarnazione del genere percepito come proprio, e di conseguenza, *verso* una configurazione funzionale trasformata del Sé. Tale trasformazione è supposta ad avvenire nel momento in cui i soggetti riescano a recuperare integrativamente i Funzionamenti di fondo non pienamente sviluppati e

atrofizzati (Rispoli, 2004, pp. 215–216, 2017b, p. 55), che si manifesterà in una modificazione reale, armonica e integrata delle Funzioni a *tutti* i livelli del Sé (Rispoli, 2004, p. 209, 2016, p. 134).

In conclusione, è possibile constatare che l'intervento Neo-Funzionale avvenuto per entrambi i soggetti presi in esame ha determinato un cambiamento del Sé della persona, su tutti i suoi livelli esperienziali, oltre la sfera sessuale e di genere e comprensiva dei vissuti relativi al rapporto con il mondo. Tuttavia, si è visto anche come che tale cambiamento rappresenti *una parte* integrante di un percorso *in divenire* della realizzazione del Sé e di un progetto identitario psico-corporeo e sociale.

Limiti della Ricerca e Implicazioni Future

Di fronte a quanto esposto finora, esplicheremo alcuni limiti e implicazioni future del presente lavoro. In primo luogo, questo elaborato ha voluto offrire una visione dell'esperienza vissuta di due persone transgender durante il loro percorso di Affermazione di Genere, che mirava a sostenere una visione più integrata, anziché dicotomica, del vissuto psico-corporeo dei soggetti, il quale inevitabilmente si colloca in un contesto socioculturale preciso (Engdahl, 2014; Nagoshi et al., 2012; Nagoshi & Brzuzy, 2010; Salamon, 2010). Tuttavia, a partire del materiale di dati disponibile (registrazioni audio e trascrizioni), ci si è trovati a basare l'analisi dei dati principalmente sulla dimensione Cognitiva-Simbolica e narrata delle esperienze vissute. Si è scelto così di integrare il quanto possibile, principalmente attraverso i Diagrammi Funzionali, i vissuti emozionali, corporei e fisiologici dei soggetti. Inoltre si è scelto di includere i vissuti onirici, supposti a costituire un'ulteriore indicatore del Funzionamento complessivo dei soggetti nelle sfere profonde del Sé (Sorrentino, 2017). Tuttavia, è inevitabile che ciò non ha permesso la costruzione di una visione piena ed esaustiva del fenomeno preso in esame. Appare dunque auspicabile per il futuro approfondire lo studio delle esperienze vissute delle persone transgender prima dell'avvio di eventuali interventi medici, comprensivi dei processi di cambiamento e dell'andare verso un'"incarnazione" multidimensionale del genere percepito come proprio. A tale proposito sarebbe ipotizzabile integrare lo studio con materiale visivo, attraverso riprese fotografiche e/o registrazioni video, assicurando il mantenimento della privacy dei dati.

In secondo luogo, nella misura in cui l'obiettivo del presente lavoro è stato quello di illustrare l'applicazione del modello di psicologia Neo-Funzionale all'esperienza vissuta del percorso di Affermazione di Genere, si è scelto di utilizzare una metodologia *deduttiva* per analizzare le tematiche riportate dai soggetti relativamente alle EBS. Tuttavia, per studi futuri sembrerebbe

necessaria una metodologia *induttiva* per investigare ancora più approfonditamente l'*esperienza vissuta* di queste persone. Questo perché, ci si riferisce alle modalità attraverso cui un'esperienza è vissuta in prima persona dall'individuo, che, esaminandola, permetterebbe di informare e riorientare il modo di comprendere tale esperienza (Neubauer et al., 2019). Ad esempio, nello studio di Applegarth e Nuttall (2016) è stata implementata una metodologia induttiva, nonché, un'Analisi Fenomenologica Interpretativa (Interpretativa phenomenological analysis [IPA], Smith & Shinebourne, 2012). La stessa ha permesso agli autori di illustrare le esperienze soggettive delle persone transgender all'interno del contesto psicoterapeutico, ed è stato possibile esporre le modalità attraverso cui loro percepivano e attribuivano senso a un dato fenomeno, nonché alla propria esperienza. Nonostante questo limite, qui, le tematiche riportate sono state formulate sulla base di stralci specifici del testo e delle verbalizzazioni presi in esame, minimizzando così, il quanto possibile, l'impatto di interferenze interpretative.

Un ulteriore limite della presente ricerca è la considerazione parziale dell'effettivo intervento psicoterapeutico Funzionale, nel momento in cui si è scelto di focalizzare lo studio sulle esperienze vissute dei soggetti. In questo modo, si è potuto delineare solo indirettamente l'effetto dell'intervento Funzionale in sé. Questa scelta è stata motivata principalmente dal fatto che l'analisi è stata da me svolta, sulla base di un bagaglio inevitabilmente parziale su quello che è il modello di psicologia Neo-Funzionale e le Tecniche psicoterapeutiche attuate. A ciò, si collega il periodo all'interno del quale i percorsi psicologici sono stati svolti, nonché tra l'anno 2019 e 2021. Nello specifico, si tratta di considerare l'impatto dei regolamenti di distanziamento sociale in relazione alla pandemia COVID-19, che hanno inevitabilmente trasformato il setting terapeutico, che si svolge, almeno parzialmente, in modalità telematica. Inoltre, è possibile assumere che la pandemia e le conseguenze di essa abbiano influito in modo diretto e/o indiretto su vissuti dei soggetti, e, come ultimo, abbiano inciso sull'intervento Funzionale. Ad esempio, è stata preclusa la possibilità d'implementazione di Tecniche Funzionali basate sul tatto, permettendo piuttosto quelle basate sul movimento e sull'immaginario cognitivo-simbolico, al fine di garantire una distanza adeguata in conformità con le norme di sicurezza e di salute. Tuttavia, e come è stato anticipato, l'intervento psicoterapeutico Funzionale è individualizzato e più di intendersi come Terapia diretta sul corpo, si definisce psico-corporea nel momento in cui vi è, alla base, una lente epistemologica sul rapporto tra mente e corpo (Rispoli, 2017b, p. 19). Dunque, risulterebbe necessario approfondire di più l'intervento Funzionale in sé, anche di fronte a precise caratteristiche contestuali come la pandemia globale COVID-19. Per quanto concerne il primo punto,

idealmente, aspetterebbe a una figura psicoterapeutica Funzionale stessa a illustrare le modalità d'intervento Funzionale nel contesto psicoterapeutico con persone transgender. Il libro "*Sconvolti. Un viaggio della realtà transgender*" di Dalle Luche e Rosin (2017), offre una prima illustrazione del pensiero Neo-Funzionale applicato a tale realtà.

Ulteriormente, si ricorda che i percorsi psicologici presi in esame, rappresentano una *tappa giuridica-normativa* nel percorso di Affermazione di Genere. Si assume che questo abbia inevitabilmente influito sul percorso terapeutico. Nello specifico, ci si riferisce al fatto che, relativamente al modello medico-psichiatrico italiano attualmente in vigore, la valutazione diagnostica dei soggetti transgender, oltre alla valutazione Funzionale, comprendeva l'implementazione di una batteria di test atta a rilevare eventuali condizioni psicopatologiche concomitanti. Sono stati implementati, durante il percorso psicologico, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), il Structural Clinical Interview (SCID-5-SPQ), il Cognitive Behavioural Assessment (CBA), l'Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS) e il Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire per Adolescenti e Adulti (GIDYQ-AA). In più, in un secondo momento, è stata avviata una consulenza psichiatrica, la quale in concomitanza con la figura psicoterapeutica, ha infine rilasciato la diagnosi di Disforia di Genere che ha permesso il passaggio ai trattamenti ormonali e/o chirurgici e la copertura finanziaria dal SSN degli stessi. L'associazione Con-Te-Stare che segue le linee guida ONIG, prevedeva e prevede l'accompagnamento psicologico e psichiatrico dei soggetti presi in esame, e quindi l'utilizzo condiviso tra le diverse figure professionali di una pratica clinica depatologizzante. Quest'ultima si realizzava e realizza attraverso un'offerta di presa in carico rispettosa, consapevole e supportiva delle identità e delle esperienze di vita della persona transgender. Ora, l'implementazione di un apparato testistico e gli suoi effetti specifici sul setting terapeutico, anche in relazioni ai dibattiti e alle controversie introdotte nel primo capitolo, non sono stati presi in esame in questo progetto di ricerca. Questo, poiché si è scelto di indirizzare lo studio sull'approccio terapeutico in sé e il suo impatto nel cambiamento della persona. Tuttavia, appare auspicabile approfondire in studi futuri le eventuali modalità attraverso cui l'implementazione di una batteria testistica abbia influito sulla prospettiva della figura psicoterapeutica Funzionale nell'intendere la condizione transgender. Inoltre, è pensabile che ciò potrebbe aver non solo condizionato l'intervento Funzionale in sé, ma anche l'esperienza e il modo di narrarsi della persona transgender all'interno del setting terapeutico. Questi aspetti costituirebbero ulteriori punti verso cui risulta necessario indirizzare ricerche future.

Un ultimo limite di questo studio può essere affermato relativamente alla scelta di aver approfondito e illustrato *solo un* approccio terapeutico preciso. Per studi futuri potrebbe essere auspicabile un confronto tra diversi approcci terapeutici applicati al percorso di Affermazione di Genere. Questo permetterebbe di inquadrare e confrontare le risorse e limiti degli stessi, relativamente alle esperienze vissute dei soggetti e alle caratteristiche di cambiamento lungo il percorso affermazione di sé, e prima dell'avvio di eventuali interventi ormonali e/o chirurgici.

CONCLUSIONI

“Una persona non abita un corpo-oggetto statico ma è soggettivamente incarnata in un processo dell’essere fluido, emergente, e negoziato. In questo processo, il corpo, il sé e l’interazione sociale sono interrelati a tal punto che la distinzione tra di loro non solo sono permeabili e mutevoli, ma anche attivamente manipolati e configurati.”

Waskul e van der Riet (2002, in Waskul & Vannini, 2006, p. 3)

I capitoli di questo lavoro sono stati accompagnati da alcune citazioni con l’intento di accompagnare il lettore lungo le traiettorie costitutive della realtà vissuta delle persone transgender. La citazione conclusiva di Waskul e van der Riet (2002) è stata scelta poiché sembra riassumere al meglio le fondamenta per comprendere il concetto dell’esperienza incarnata, la quale ha potuto essere approssimata nel presente lavoro. Nello specifico, si è arrivati a intendere l’esperienza incarnata come esperienza fluida tra ciò che è il Sé, tra ciò che è il corpo, e le modalità attraverso cui tali entità si configurano in una relazione inscindibile e continua con il contesto socioculturale circostante. Senza soffermarsi su una visione prevalentemente essenzialista alla realtà transgender che pregia la natura essenziale, interna e corporea della persona come determinante, o su una visione socio-costruzionista che si focalizza piuttosto sui modi in cui si è appreso a intendere e performare il corpo all’interno di un determinato contesto socioculturale, si allude a un intreccio inscindibile tra materialità, soggettività, e discorsività, che è dinamico anziché statico (Engdahl, 2014; Nagoshi & Brzuzy, 2010; Salamon, 2010). Attraverso l’applicazione del modello Neo-Funzionale, si è potuto mettere in luce la “trasversalità” e “multidimensionalità” (psicologica, sociale, relazionale, e corporea) dell’esperienza vissuta di una persona transgender e del percorso di Affermazione di Genere. Come esplicitano Giardina e Zabonati (2020): “per quanto l’Affermazione di Genere possa passare attraverso il corpo, non si limita affatto a esso”. Dall’altro lato possiamo assumere che non si limiti neanche a un mero atto di definizione di sé a livello cognitivo, e disconnesso dal contesto socioculturale di appartenenza. In altre parole, l’area di pensiero del Funzionalismo Moderno ha potuto fornire una cornice conoscitiva attraverso cui affrontare il paradigma della complessità, e osservare così la *persona* nella sua globalità (Rispoli, 2004, 2014, 2016). Più specificatamente, questo approccio ci ha permesso di offrire una lettura dell’esperienza vissuta delle persone transgender attraverso una serie di Esperienze di Base del Sé, che lungo il percorso della loro vita si sono sviluppate in maniera atrofizzata e/o carente. Ognuna delle quali, come si è visto, si manifesta attraverso una specifica configurazione Funzionale, incarnata dal soggetto e comprensiva di tutti i livelli

esperienziali del Sé. Inoltre, tali Esperienze, s'intendono a configurare continuamente la vita della persona dal momento della sua nascita, nella relazione che la stessa ha con sé, con il proprio corpo e con il mondo all'interno del quale abita e attraverso il quale vive. In secondo luogo, si è indagato il cambiamento in queste EBS, e quindi della persona nella sua interezza, lungo l'accompagnamento psicologico e prima dell'avvio di eventuali trattamenti medici. Anche se la presente ricerca ha permesso di guardare prevalentemente alla dimensione Cognitivo-simbolica di questo cambiamento, ne è stato constatato un considerevole movimento *verso* una configurazione trasformata del Sé. In altre parole, si deduce che la persona ha potuto essere accompagnata verso una configurazione incarnata dell'essere sé stessa e del vivere il proprio corpo in termini di un'identità di genere percepita come propria. Si ricorda che nel momento in cui, secondo l'area di pensiero Neo-Funzionale, ogni Funzione è intesa a rappresentare l'intero Sé all'interno di un Sistema organizzato e profondamente intrecciato sin dalla nascita (Rispoli, 2004, pp. 48–50, 2014, 2016, pp. 19–20), anche la dimensione Funzionale Cognitivo-simbolica può essere concepita a “raccontare” l'esperienza vissuta della persona nella sua globalità. Inoltre, il termine “disturbo, patologia o anomalia” è stato sostituito con il termine “alterazione” del Sistema complesso del Sé, il quale è inteso a trasformarsi in continuazione in stati “altri”, sempre a loro volta in un equilibrio preciso a sé (Rispoli, 2004, pp. 53–58, 2014). Così, il cambiamento, lungo il percorso di Affermazione di Genere e lungo l'accompagnamento psicologico, non si è inteso in termini di una “sostituzione”. Un genere non è stato sostituito da un genere altro, una condizione iniziale non è stata sostituita da una condizione altra, ma si tratta piuttosto di un processo di “trasformazione”, ossia, di realizzazione di un progetto identitario psico-corporeo e sociale in divenire. Inoltre, come sostenuto dal Salomon (2010, p.13), si è visto come un approccio non-patologizzante alla realtà transgender, che mira alla comprensione della stessa e che mira a sfidare le visioni binarie di genere, può essere facilitato nel momento in cui i postulati epistemologici di fondo, in maniera analoga, cercano di oltrepassare una concettualizzazione binaria di corpo e mente. Di fronte a quanto esposto, l'area di pensiero Neo-Funzionale intende a trascendere i confini tra corpo e mente allineandosi al paradigma della complessità, della multidimensionalità e dell'integrazione (Rispoli, 2004, 2014, 2016). Inoltre, ricollegandoci al primo capitolo di questo lavoro, si è osservato come la medicalizzazione del fenomeno transgender e la dominanza dell'ordine binario di genere, plasmano, non solo il discorso psicologico, medico e pubblico, ma anche le narrazioni autobiografiche delle persone transgender (Giardina & Zbonati, 2020). Qui, si ricorda che: le criticità sollevate in merito alla dominanza di una visione binaria di genere non devono essere intese a smentire

l'esistenza e l'importanza del sentire di queste persone, poiché per alcuni di loro la definizione di sé in termini binari, come nei casi indagati, non comporta un obbligo o una forzatura. Inoltre, la trasformazione corporea in termini fisiologici è talvolta ritenuta una liberazione e/o un "salvavita". Si tratta piuttosto di cercare di guardare la *persona* nella sua interezza, in virtù del principio di autodeterminazione e di libertà di espressione, in modo supportivo e rispettoso della sua esperienza vissuta.

In conclusione, questo lavoro ha potuto contribuire alle prospettive esistenti sulla realtà transgender, avanzate da alcuni autori come Salomon (2010) e Nagoshi e Brzuzy (2010), che mirano offrire una prospettiva più ampia del fenomeno, cercando di superare i confini tra l'Altro e il Sé, tra cultura e natura, tra socio-costruzionismo e essenzialismo, tra genere e sesso e tra mente e corpo. Un accompagnamento psicologico, che s'intende in questi termini ad annientare i confini conoscitivi, potrebbe così ristabilire una cornice preziosa del percorso di Affermazione di Genere all'interno di cui il soggetto può essere accolto come *persona*.

Bibliografia

- Alhadeff-Jones, M. (2008). Three Generations of Complexity Theories: Nuances and ambiguities. *Educational Philosophy and Theory*, 40(1), 66–82. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2007.00411.x>
- Alzati, R. (2004). *In prima persona: la prospettiva costruttivistica nella ricerca psicologica*: Il saggiatore.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*: American psychiatric association Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*: American psychiatric association Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: American psychiatric association Washington, DC.
- Angell, J. R. (1907). The province of functional psychology. *Psychological review*, 14, 61–91.
- Applegarth, G. & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- Arfini, E. A. (2007). *Scrivere il sesso: retoriche e narrative della transsessualità* (Vol. 58): Meltemi Editore srl.
- Benasayag, M., Del Rey, A. & Missana, E. (2016). *Oltre le passioni tristi: dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*: Feltrinelli.
- Bettcher, T. (2009). Trans identities and first-person authority. *You've changed: sex reassignment and personal identity*, 1, 98–120.
- Bettcher, T. (2014). Trapped in the wrong theory: Rethinking trans oppression and resistance. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 39(2), 383–406.
- Bohan, J. S. (1993). Regarding gender: Essentialism, constructionism, and feminist psychology. *Psychology of women quarterly*, 17(1), 5–21.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101.
- Brooker, A.-S. & Loshak, H. (2020). Gender affirming therapy for gender dysphoria: a rapid qualitative review.
- Carr, H. (1925). *Psychology*. New York: Longmans, Green.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., . . . Gallese, V. (2010). Wired to be social: the ontology of human interaction. *PloS one*, 5(10), e13199.
- Cecco, J. P. de & 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. https://doi.org/10.1300/J082v24n03_01
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Cooper, K., Russell, A., Mandy, W. & Butler, C. (2020). The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. *Clinical psychology review*, 80, 101875. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101875>

- Crapanzano, A., Carpinello, B. & Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120–128.
- Crossley, N. (2016). The Networked Body and the Question of Reflexivity. In *Body/embodiment* (pp. 35–48). Routledge.
- D’Ippoliti, C. & Botti, F. (2017). Sex Work among Trans People: Evidence from Southern Italy. *Feminist Economics*, 23(3), 77–109. <https://doi.org/10.1080/13545701.2016.1177656>
- Dalle Luche, C. & Rosin, R. (2017). *Sconvolti. Viaggio nella realtà transgender*. Roma: Alpes Italia srl.
- Denton, J. A. (2019). Trans People Negotiating Identities “On The Ground”: Theoretical Essentialism and Social Constructionism.
- Dewey, J. (1896). The reflex arc concept in psychology. *Psychological review*, 3, 357–370.
- Di Gregorio, L. (2019). *Oltre il corpo: La condizione transgender e transessuale nella società contemporanea*: FrancoAngeli.
- Diamond, M. (2002). Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 320–334. <https://doi.org/10.1177/1359104502007003002>
- Drescher, J. (2010). Gender Dysphoria Diagnosis. Disponibile da <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis>
- Eliason, M. J. & Schope, R. (2007). Shifting Sands or Solid Foundation? Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Formation. In I. H. Meyer e M. E. Northridge (Edd.), *The Health of Sexual Minorities* (pp. 3–26). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_1
- Engdahl, U. (2014). Wrong body. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 267–269.
- Faccio, E. (2008). Le identità corporee: quando l’immagine di sé fa star male. Firenze: Giunti. *Narrare i gruppi*, 3(1).
- Fiorilli, O. & Ruocco, A. (2019). Psychosocial issues in transgender health and barriers to healthcare. *Italian Journal of Gender Specific Medicine*, 5(3), 123–130.
- Fuchs, T. (2017). Intercorporeality and interaffectivity. *Intercorporeality: Emerging socialities in interaction*, 3–23.
- Gallagher, N. M. & Bodenhausen, G. V. (2021). Gender essentialism and the mental representation of transgender women and men: A multimethod investigation of stereotype content. *Cognition*, 217, 104887. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2021.104887>
- Giardina, G. & Zbonati, A. (2020). Le identità transgender tra espressioni e vincoli dei corpo. L’autodeterminazione nell’approccio medicalizzato alla transizione. *Scienza e Filosofia*, 23.
- Hafiz, K. (2008). Case study ecemple. *The qualitative report*, 13(4), 544–559.
- Harrison, K. (2014). *Objectivist and essentialist ontologies of gender and love. Gender, love and intimacy: Critical Issues*. Oxford, United Kingdom.
- Hart, J. (1984). Therapeutic implications of viewing sexual identity in terms of essentialist and constructionist theories. *Journal of Homosexuality*, 9(4), 39–51.

- Hartung, C. M. & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM-5 and beyond. *Psychological bulletin*, 145(4), 390–409. <https://doi.org/10.1037/bul0000183>
- Hendricks, M. L. & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431–442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.431>
- Ho, J. (2006). Embodying gender: transgender body/subject formations in Taiwan 1. *Inter-Asia Cultural Studies*, 7(2), 228–242. <https://doi.org/10.1080/14649370600673888>
- Husserl, E. (1960). *Meditazioni cartesiane e discorsi parigini*. Bompiani.
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C. & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *The American psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
- James, W. (1890). *The Principles of psychology- Voll II. An internet resource developed by Cristopher D. Green*. Toronto: York University.
- Joffe, H. (2011). Thematic Analysis. In D. Harper e A. R. Thompson (Edd.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy* (pp. 209–223). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119973249.ch15>
- Langer, S. J. (2016). Trans bodies and the failure of mirrors. *Studies in Gender and Sexuality*, 17(4), 306–316.
- Le Breton, D. (2007a). *Antropologia del corpo e modernità* (Vol. 10): Guiffrè Editore.
- Le Breton, D. (2007b). *Il sapore del mondo. Antropologia dei sensi*: Raffaello Cortina.
- Le Breton, D. (2016a). *Fuggire da sé: una tentazione contemporanea*: Raffaello Cortina.
- Le Breton, D. (2016b). *La pelle e la traccia: Le ferite del sé. Biblioteca Antropologia: n. 35*. [Roma]: Meltemi.
- Le Breton, D. (2021). *Antropologia del corpo*: Meltemi.
- Lev, A. I. (2013). Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0447-0>
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76–88. <https://doi.org/10.1177/144078302128756507>
- Liu, R. T. & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American journal of preventive medicine*, 42(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Eckert, G. J., Strasburger, A. M., Hunter, N. L. & Buck, K. D. (2005). Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: a single case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 406–416. <https://doi.org/10.1002/cpp.457>
- Mauriello, M. (2014). In corpore trans. Dinamiche di inclusione/esclusione nel processo di medicalizzazione delle identità transgender: una ricerca etnografica nella città di Napoli. *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, 16(38).

- McAleavey, A. A. & Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In O. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Edd.), *Psychotherapy research* (pp. 293–310). Springer.
- Meier, A. & Boivin, M. (2000). The achievement of greater selfhood: The application of theme-analysis to a case study. *Psychotherapy Research*, *10*(1), 57–77.
- Meier, A., Boivin, M. & Meier, M. (2008). Theme-analysis: Procedures and application for psychotherapy research. *Qualitative research in psychology*, *5*(4), 289–310.
- Mizock, L. & Lundquist, C. (2016). Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(2), 148–155. <https://doi.org/10.1037/sgd0000177>
- Montuori, A. (2008). *Edgar Morin's path of complexity*: Hampton Press.
- Nagoshi, J. L. & Brzuzy, S. (2010). Transgender theory: Embodying research and practice. *Affilia*, *25*(4), 431–443.
- Nagoshi, J. L., Brzuzy, S. & Terrell, H. K. (2012). Deconstructing the complex perceptions of gender roles, gender identity, and sexual orientation among transgender individuals. *Feminism & Psychology*, *22*(4), 405–422. <https://doi.org/10.1177/0959353512461929>
- Neri, J. (2018). Processi di costruzione dell'identità corporea trans: un approccio narrativo-performativo. *Scienze dell'Interazione*, *1-2*.
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T. & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on medical education*, *8*(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc.
- Perrella, R. (2017). A Psychotherapy Perspective: what about on the Process and on the Outcome in a Functional Approach for Clinical and Personality Disorders? *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *5*(3).
- Prunas, A., Vitelli, R., Agnello, F., Curti, E., Fazzari, P., Giannini, F., . . . Bini, M. (2014). Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals. *Comprehensive psychiatry*, *55*(4), 966–971. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.009>
- Pulice-Farrow, L., Cusack, C. E. & Galupo, M. P. (2020). “Certain Parts of My Body Don’t Belong to Me”: Trans Individuals’ Descriptions of Body-Specific Gender Dysphoria. *Sexuality Research and Social Policy*, *17*(4), 654–667. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00423-y>
- Rad, M. S., Shackleford, C., Lee, K. A., Jassin, K. & Ginges, J. (2019). Folk theories of gender and anti-transgender attitudes: Gender differences and policy preferences. *PloS one*, *14*(12), e0226967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226967>
- Riggle, E. D., Rostosky, S. S., McCants, L. E. & Pascale-Hague, D. (2011). The positive aspects of a transgender self-identification. *Psychology and Sexuality*, *2*(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.534490>
- Riggs, D. W., Pearce, R., Pfeffer, C. A., Hines, S., White, F. & Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *The American psychologist*, *74*(8), 912–924. <https://doi.org/10.1037/amp0000545>
- Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Astrolabio. Roma.

- Rispoli, L. (1997). La validità del pensiero di Wilhem Reich: nuove prospettive e nuove potenzialità. *Anima e Corpo*, 6, 84–93. Disponibile da https://www.biosofia.it/files/articolo/2014/8/Rispoli_Validit_pensiero_Reich.pdf
- Rispoli, L. (1999). *Esperienza Basilar del Sé: Manuale delle tecniche*. Catania: Graficatre.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano: FrancoAngeli.
- Rispoli, L. (2014). *Il manifesto del funzionalismo moderno*: Alpes.
- Rispoli, L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi*. Milano: FrancoAngeli.
- Rispoli, L. (2017a). La diagnosi e la psicoterapia Funzionale. Disponibile da https://www.psicologiafunzionale.it/sef/wp-content/uploads/2018/03/sef_La-diagnosi-e-la-psicoterapia-Funzionale-c-1.pdf
- Rispoli, L. (2017b). *Diagnosi: Elementi per la costruzione della Diagnosi in Psicoterapia Funzionale*. Napoli: SEF Amazon Editore.
- Rosin, R. (2022). *Dodici vite, dodici persone IN-VIAGGIO un percorso di affermazione di genere. Con-te-stare-transgender*. Video. Disponibile da <http://con-te-stare-transgender.it/in-viaggio-il-cortometraggio-sul-percorso-di-affermazione-di-genere-curato-da-roberta-rosin/>
- Salamon, G. (2010). *Assuming a body: Transgender and rhetorics of materiality*. New York: Columbia University Press.
- Sayer, A. (1997). Essentialism, social constructionism, and beyond. *The Sociological Review*, 45(3), 453–487.
- Scandurra, C., Vitelli, R., Maldonato, N. M., Valerio, P. & Bochicchio, V. (2019). A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies*, 28(3), e61-e71. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.002>
- Schrock, D. & Boyd, E. M. (2016). Reflexive Transempodiment. In *Body/embodiment* (pp. 65–80). Routledge.
- Schulz, S. L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72–92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Skjerve, J., Reichelt, S. & McLeod, J. (2016). Topic change processes in psychotherapy: a case study approach. *Qualitative research in psychology*, 13(4), 271–288.
- Smith, J. A. & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Edd.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 73–82). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-005>
- Sorrentino, T. (2017). *Il sogno in psicoterapia: Dai modelli interpretativi tradizionali al Neo Funzionalismo*. Napoli: SEF Amazon Editore.
- Statuto Associazione. (2017). Disponibile da <https://con-te-stare-transgender.it/statuto-associazione/>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., Vries, A. L. C. de & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288–297.
- Suess, A., Espineira, K. & Walters, P. C. (2014). Depathologization. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 73–77.

- Taylor, G. W. & Ussher, J. M. (2001). Making sense of S&M: A discourse analytic account. *Sexualities*, 4(3), 293–314.
- Tobin, D. D., Menon, M., Menon, M., Spatta, B. C., Hodges, E. V. E. & Perry, D. G. (2010). The intrapsychics of gender: a model of self-socialization. *Psychological review*, 117(2), 601.
- Valentine, D. (2014). Identity. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 103–106.
- van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., Cuypere, G. de, Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R. H., . . . Kreukels, B. P. C. (2016). Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 45(3), 575–585. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0614-1>
- Voli, S. (2018). (Trans)gender citizenship in Italy: a contradiction in terms? From the parliamentary debate about Law 164/1982 to the present. *Modern Italy*, 23(2), 201–214. <https://doi.org/10.1017/mit.2018.8>
- Waskul, D. D. & Vannini, P. (Edd.). (2006). *Body/embodyment: Symbolic interaction and the sociology of the body*. Farnham, Surrey: Ashgate.
- Word Professional Association for Transgender Health. (2011). *Standards of Care per la salute di persone transessuali, transgender, e di genere non-conforming* (7th edition). Disponibile da https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Italian.pdf
- Worthen, M. G. F., Lingiardi, V. & Caristo, C. (2017). The Roles of Politics, Feminism, and Religion in Attitudes Toward LGBT Individuals: A Cross-Cultural Study of College Students in the USA, Italy, and Spain. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(3), 241–258. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0244-y>
- Yaghoubi-Notash, M., Nejad Mohammad, V. & Soufiani, M. (2019). Language, gender and subjectivity from Judith Butler's perspective. *Journal of Philosophical Investigations*, 13(28), 305–316.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*: sage.
- Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal kemanusiaan*. (9), 1–6.

Appendice A

Esempi della Scheda di Valutazione Funzionale (Rispoli, 2011)

PIANO FUNZIONALE	TECNICHE FUNZIONALI
COGNITIVO-SIMBOLICO	<p>EBS Perdere il controllo [In particolare: Funzione Controllo (ma anche Movimenti)]</p> <p>Da sdraiati dare dei calci molto rapidi con le gambe, fino a che il movimento non prende il sopravvento e trascina; ripetere l'esperienza aggiungendo movimenti incontrollati e rapidi delle spalle e delle braccia; ripetere ancora una volta aggiungendo movimenti della testa sinché tutto il corpo è preso da sussulti e sobbalzi, non "forzati", ma caotici e scoordinati.</p> <p>A Abbandono: movimenti incontrollati di gambe, braccia, testa e uso congruente della voce</p> <p>B Movimenti incontrollati di braccia e gambe, ma non della testa</p> <p>C Movimenti incontrollati solo delle gambe o solo braccia</p> <p>D Movimenti tutti controllati e "forzati"</p>
EMOZIONI	<p>EBS Protezione - Calma (valutare la paura)</p> <p>In particolare: Funzione emozione Paura (ma anche soglie Percettive)</p> <p>Persona stesa a pancia sotto. La figura terapeutica esercita una notevole pressione con le mani e con gli avambracci, usando il proprio peso, su tutta la schiena: dal collo sino al bacino.</p> <p>A Qualche dolore, ma sensazione di calma e piacere</p> <p>B Dolori più sostenuti; la persona è un po' irrequieta, preoccupata, e ogni tanto ha degli scatti per il dolore</p> <p>C La persona scatta vivamente per il dolore e non sopporta l'oppressione del peso che le schiaccia la schiena</p> <p>D In alcune zone (tra le più probabili il collo e la bassa schiena), oltre al dolore, la persistenza del peso fa scattare il panico; urla (non sempre) e scoordinamento</p>
MOVIMENTI-POSTURE	<p>EBS Morbidezza</p> <p>In particolare: Funzioni Posture e Movimenti (ma anche Tensione muscolare)</p> <p>Stesi, muovere lentamente, come a sciogliere dalla ruggine: collo, testa (specie ruotandola all'indietro), spalle, schiena, bacino, gambe; con un leggero, dolce, suono di voce.</p> <p>A Movimento morbido, lento, ma ampio, in tutte le zone, con voce e respiro</p> <p>B Movimenti a scatti in alcune zone, con voce e respiro</p> <p>C Movimenti a scatti, poca voce e respiro non profondo</p> <p>D Rigido</p>
FISIOLOGICO	<p>EBS Abbandonarsi</p> <p>In particolare: Funzione Tono muscolare (ma anche emozione Fiducia)</p> <p>La figura terapeutica muove tra le sue mani la testa della persona (distesa supino), con ritmo e ampiezza variabile, sbalottandola a destra e a sinistra. Questo permette di verificare se il soggetto sia in grado di lasciare la condizione di ipertono e permettere alla testa di essere mossa.</p> <p>A Lascia la testa nelle mani dell'operatore: non la muove volontariamente, non oppone resistenza muscolare, non anticipa il movimento</p> <p>B Non riesce ad abbandonare del tutto la testa, fa resistenza muscolare</p> <p>C Alternanza di movimenti volontari, fatti dal soggetto, con qualche momento di movimenti passivi.</p> <p>D Anticipa i movimenti e li fa lui, rigidità</p>

Appendice B

Esempi di Tecniche Funzionali relativamente alle specifiche Esperienze di Base del Sé (Rispoli, 1999)

EBS	TECNICA		
	Tocco	Movimento	Immaginazione
SENSAZIONI	<p>Massaggio mano-braccio: La figura terapeutica invita la persona a sdraiarsi, chiudendo gli occhi e respirando profondamente. Poi, con un tocco delicato lento e profondo, la figura terapeutica massaggia le braccia e le mani della persona.</p>	<p>In piedi, allentare la testa e il collo. La figura terapeutica invita la persona a stare in piedi con le gambe leggermente divaricate. La persona respira profondamente e chiude gli occhi. Poi la figura terapeutica lo invita a muovere delicatamente la testa in qualsiasi direzione, accompagnando il movimento con il suo respiro.</p>	<p>Immaginate l'onda respiratoria. La figura terapeutica invita la persona a sdraiarsi, chiudere gli occhi e respirare profondamente. Poi suggerisce la persona di immaginare il suo respiro come un'onda marina, che va e viene, che lo scuote ritmicamente.</p>
VITALITÀ	<p>La figura terapeutica invita la persona a sdraiarsi, chiudendo gli occhi e respirando profondamente. Poi la figura terapeutica inizia a girare intorno alla persona, colpendolo delicatamente e rapidamente, in modo scherzoso, accompagnando quello che sta facendo con suggerimenti divertenti e voce squillante.</p>	<p>Il corpo segue le braccia. La figura terapeuta invita la persona a stare in piedi con le gambe leggermente divaricate. La persona respira profondamente e chiude gli occhi. Poi la figura terapeuta lo invita a muovere le mani e le braccia fino a quando le braccia trascinano tutto il corpo dietro di loro. Quindi la persona inizia a girare e saltare.</p>	<p>Immaginare dune di sabbia. La figura terapeutica invita la persona a sdraiarsi, chiudere gli occhi e respirare profondamente. Quindi suggerisce alla persona di immaginarsi in piedi sulla cima di una duna di sabbia e di iniziare a correre, ridere, divertirsi, lasciar andare qualsiasi pensiero e preoccupazione come se fosse un bambino.</p>