

La riassegnazione chirurgica del sesso: i focus group come mezzo di esplorazione della qualità della vita di persone transessuali

di Roberta Romeo*, Maria Luisa Martino**, Francesca Gargiulo*, Felicia Tafuri***, Anna Lisa Amodeo****, Paolo Valerio*****, Maria Francesca Freda*****

Introduzione

Oggi le sessualità umane non sono semplicemente espressione di impulsi e dati biologici ma corrispondono a costruzioni sociali e culturali che necessitano di analisi: esse sono prodotti della società, regolate, mantenute e trasformate da processi sociali nei diversi periodi storici.

I travestiti, i cross-dresser, i transessuali, i transgender, mostrano quanto la nostra epoca si confronta con il proliferare delle cosiddette *postmodern sexualities* (Simon, 1996) e delle *neosessualità* (McDougall, 1998) che ridefiniscono la classica logica duale del maschile-femminile ed il concetto di *sex* e *gender* (Stoller, 1968a).

Elisa A. G. Arfini (2007) scrive che l'identità – in quanto processo – non è un dato immutabile e – in quanto costruzione – è una creazione sociale; ciò che gli uomini e le donne sono, nonché i tipi di relazione che instaurano, sono soprattutto il risultato di specifici processi sociali. Da un punto di vista concettuale, estremizzando tale impostazione legata alla processualità sociale, è possibile ipotizzare che anche il sesso nella sua materialità possa essere considerato un prodotto culturale.

Sia che si parli di transessualità¹, sia che si parli di transgenderismo², si fa riferimento sempre ad espressioni del genere che sfuggono una rigida definizione binaria uomo-donna.

Negli ultimi anni, il transessualismo, definito dalla comunità scientifica come Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) (APA, 2000), ha attirato una sempre maggiore attenzione a causa dell'aumento della sua incidenza sulla popolazione mondiale.

Tale disturbo si manifesta con una discordanza tra il sesso biologico ed il vissuto soggettivo di appartenenza al corrispondente genere sessuale, in assenza di una qualsivoglia chiara e definita anomalia genetica o biologica. Coloro che vivono questa esperienza provano un disagio profondo nei confronti del proprio corpo, che sentono come estraneo; lo stesso senso d'estraneità che provano per i comportamenti e gli atteggiamenti che sono tipici del proprio sesso, all'interno dei quali non si riconoscono.

Il profondo disagio correlato a tale condizione trova oggi una propria elettiva modalità di "cura" negli interventi endocrinologici e chirurgici volti ad adeguare le caratteristiche morfologiche del corpo all'identità di genere riconosciuta come propria.

Nel nostro paese le persone che avvertono disforia di genere e che vogliono mutare il proprio sesso anagrafico possono realizzare ciò a seguito dell'intervento di riattribuzione chirurgica del

* Psicologo Clinico, Psicoterapeuta, Dipartimento di Neuroscienze. Unità di Psicologia clinica e Psicoanalisi Applicata, Università degli Studi di Napoli, Federico II.

** Dottoranda di Ricerca presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

*** Psicoterapeuta Individuale e di Gruppo.

**** Ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

***** Professore Ordinario presso il Dipartimento di Neuroscienze. Unità di Psicologia clinica e Psicoanalisi Applicata, Università degli Studi di Napoli, Federico II.

***** Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

¹ Il *transessualismo* è stato definito da Stoller (1968b) "come la convinzione di una persona biologicamente normale di appartenere al sesso opposto... si tratta di una condizione caratterizzata dalla discordanza tra i dati anatomici ed il vissuto del soggetto, in altre parole, tra il sesso ed il *genere*".

² Il sostantivo *transgender* costituisce un termine ombrello o di spettro, una varietà semantica, che include tutte le persone *varianti* rispetto al sesso e che descrive: travestiti, transessuali, transgender, androgini e persone intersessuali (Green, 1994).

sesto (RCS) così come disposto nella L. 164 del 14 aprile 1982 ("Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso"). Sebbene tale legge non preveda la consulenza psicologica quale passaggio obbligato, è in realtà ormai prassi consolidata il ricorso ad essa come prima tappa per poter intraprendere l'iter medico-legale per la RCS.

L'esperienza che andiamo qui di seguito a descrivere nasce all'interno di un gruppo di lavoro che opera dal 1997 presso l'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata dell'Università Federico II di Napoli, costituito da psicologi e psicoterapeuti ad orientamento psicodinamico, che offre interventi psicologici rivolti a persone che fanno richiesta di RCS, rifacendosi agli Standards of Care of the World Professional Association For Transgender Health, nuovo nome della Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

Il transessualismo continua a porre una considerevole sfida concettuale alla psicoanalisi ed agli operatori psicologici che nei diversi contesti incontrano persone desiderose di "cambiare sesso" e chiedono di essere autorizzate ad iniziare cure ormonali e/o a sottoporsi ad interventi chirurgici di riconversione (Valerio, 2007). Nella maggior parte dei casi ci si confronta con persone inviate da tribunali, da chirurghi, da endocrinologi ed uro-andrologi che richiedono unicamente una relazione diagnostica per poter intraprendere, nel più breve tempo possibile, l'iter medico-legale.

Nella nostra esperienza, l'opportunità di intraprendere un percorso psicologico a seguito dell'intervento di RCS, è spesso rifiutata dagli utenti che ritengono di aver risolto il proprio problema esclusivamente attraverso l'intervento medico chirurgico e che, presumibilmente, desiderano iniziare una nuova vita distanziandosi da un passato estremamente complesso e doloroso.

Per tale motivo, risulta essere difficile comprendere quali possano essere gli esiti di tale intervento e gli eventuali cambiamenti nei termini di un miglioramento della qualità di vita e di benessere psicosociale.

Non disponiamo di dati che consentano di esplorare, valutare la qualità della vita di tali soggetti, né possiamo verificare l'ipotesi che l'intervento di RCS possa essere considerato il risolutore assoluto di una condizione così complessa e valutare quanti tra queste persone ne abbiano tratto beneficio e per quante di queste l'intervento chirurgico sia risultato, invece, dannoso o pericoloso.

A partire da una revisione della letteratura su tale argomento (Pfafflin & Junge, 1992), l'intento del presente lavoro mira, dunque, attraverso la creazione di focus-group, all'esplorazione dei modelli di significato che sottendono la concezione della qualità della vita di coloro che hanno terminato il lungo percorso di RCS.

...E dopo la transizione?: alcune ricerche di follow-up

Sebbene sino ad oggi, siano molti gli studiosi che hanno compiuto una riflessione critica sul transessualismo, facendo sì che la "problematica transessuale" guadagnasse una propria specifica (Stoller, 1968b), le ricerche di follow-up appaiono ancora poco numerose ed i dati di cui si dispone sono insoddisfacenti soprattutto per la difficoltà a mantenere, come già accennato, da parte degli operatori, un contatto a seguito dell'intervento chirurgico. D'altronde, i risultati di tali ricerche mostrano, in alcuni casi, dei pareri contrastanti circa il livello di soddisfazione/insoddisfazione raggiunta da queste persone in seguito all'operazione, delineando, inoltre, delle differenze per quanto concerne i transessuali MtoF (da maschio biologico a femmina riassegnata) ed FtoM (da femmina biologica a maschio riassegnato).

Un tentativo di raccogliere ed esaminare i dati emersi da alcune indagini svolte tra il 1961 ed il 1991, è stato realizzato da Pfafflin e Junge in un'antologia che comprende trent'anni di studi internazionali, condotti su circa duemila persone sottoposte all'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso. Le ricerche più recenti (ultimo decennio circa) sono basate essenzialmente su self-report, raccolti tramite questionari ed interviste strutturate o semistrustrate che indagano la qualità di vita, il livello di soddisfazione personale, il lavoro, la relazione con il partner e l'attività sessuale, dopo, e in alcuni casi prima, della RCS.

Il primo studio di follow up, condotto su un campione di cinque transessuali (tre maschi e due femmine) da Hertz, Tillinger e Westman (1961) mostra che, per questi pazienti, non sembra essere efficace un trattamento psichiatrico e sebbene non sia possibile arrivare ad una conclusione

definitiva circa il valore dell'intervento di RCS, in termini di soddisfazione personale per l'esito dell'intervento, i risultati migliori si ottengono con le donne.

Nel 1966 Benjamin ha condotto uno studio su centosei transessuali (novantuno femmine e quindici maschi), indagando la salute fisica, lo stato mentale e il livello d'integrazione sociale raggiunti dopo la riassegnazione dei caratteri sessuali. Lo studioso, tramite esami fisici ed interviste cliniche, ha riscontrato un giudizio soggettivo complessivamente soddisfacente e nessuna insoddisfazione. La conclusione, nota alla comunità scientifica, a cui giunge è che sarebbe preferibile autorizzare i pazienti al trattamento chirurgico più che intraprendere percorsi psicoterapeutici, inutili e costosi.

Successivamente, anche Mayer e Reter, in una ricerca condotta nel 1979, giungono all'importante conclusione che la chirurgia di riassegnazione del sesso non conferisce alcun vantaggio oggettivo in termini di reinserimento sociale, sebbene resti soggettivamente soddisfacente per coloro che si sono sottoposti con rigore ad un periodo di prova. Questo studio è stato tra quelli più celebri ed anche più discussi poiché Mayer afferma che alla base delle richieste di intervento di pazienti transessuali vi sarebbero gravi problemi psicologici e che per questo non vadano trattati con la chirurgia. In aggiunta, Lothstein, in uno studio del 1982, sostiene che, solo per un gruppo ristretto di persone affette da disforia di genere, nonché, in ultima istanza, dovrebbe essere presa in considerazione la chirurgia di riassegnazione del sesso.

Una variabile importante da considerare quando si vuole valutare, attraverso studi di follow up, oltre la soddisfazione generale, anche il grado d'insoddisfazione, è quella dei "rimpianti" per essersi fatti operare.

Walinder nel 1968, ha riscontrato che tutti i pazienti presi in esame, hanno affermato che l'intervento li ha resi più felici, affermando di aver dato un senso alla loro vita, di essersi stabilizzati mentalmente e che la loro vita sessuale era migliorata.

Nel 1978, Walinder, Lundstrom e Thuwe hanno cercato di individuare i fattori che possono di predire un "rimpianto": personalità instabile, delinquenza, assenza di sostegno da parte della famiglia, incapacità di provvedere ai propri bisogni, caratteristiche fisiche che non si addicono al nuovo ruolo di genere, esperienze eterosessuali ed età al momento della richiesta di riassegnazione. Maggiore è la presenza di questi fattori, più forte sarà il rischio di ripensamento.

Blanchard, in una ricerca del 1989, osserva che nessun transessuale omosessuale aveva mostrato rimpianti per l'intervento a differenza di alcuni eterosessuali e sostiene, quindi, che gli eterosessuali devono essere valutati attentamente, senza però considerare questa condizione una controindicazione assoluta al trattamento.

Dallo studio di Pfafflin e Junge (1992), emerge che tali interventi abbiano un buon successo e che nella maggior parte dei casi si riscontra un miglioramento o esiti soddisfacenti.

Anche Hastings (1974) sostiene che i termini più ricorrenti nei pazienti, malgrado la loro sofferenza post-operatoria, sono "sollevio" e "liberazione".

Rendell nel 1969 conduce uno studio su ventinove transessuali uomo-donna (MFT) e sei donna-uomo (FMT) e mostra come la maggior parte dei maschi e delle femmine che subiscono la riassegnazione chirurgica del sesso mostrano, soggettivamente ed obbiettivamente, un miglioramento sia dal punto di vista del reinserimento sociale che del benessere personale e soddisfazione nel loro ruolo di genere, sostenendo, quindi, che ciò vada a supportare l'efficacia del trattamento chirurgico.

Più recentemente, nel 2002, Hepp, Klaghofer, Burkard-Kubler e Buddeberg, intervistando trentatré transessuali (undici FMT e ventidue MFT) centoventuno mesi dopo il loro primo intervento chirurgico, riscontrano la presenza di una buona integrazione sociale e soddisfazione da parte dei pazienti.

Quanto agli insuccessi, Pauly (1981) e Abramowitz (1986) nelle loro rassegne indicano una percentuale dell'8% di rischio, definendola in termini di ripensamenti circa la riattribuzione chirurgica del sesso, con episodi psicotici, suicidio e frequenti ospedalizzazioni.

In una ricerca effettuata nel 1998 da Rauchflisch, Barth e Battegay si è riscontrato che, in generale, in tutti i soggetti esaminati, le condizioni sociali e la qualità di vita erano molto peggiorate. Furono esaminati tredici persone MtF e si osservò che questi vivevano isolati, che la maggior parte di loro non era capace di provare esperienze sessuali piacevoli e che presentavano ansia e depressione.

Un altro fattore importante da considerare è quello del suicidio. Questo è stato valutato attentamente da Lothstein in un suo studio del 1982, in cui riscontra che la persona transessuale

minaccia di suicidarsi spesso per ottenere il consenso per l'intervento chirurgico e che in molti casi, dopo l'intervento i tentativi di suicidio si verificano a causa di una rottura o di un fallimento sentimentale.

Le persone transessuali, nel loro complesso, presentano un maggiore rischio di suicidio rispetto alla popolazione non clinica: lo 0,5% per quelli donna-uomo e il 2% per quelli uomo-donna.

Non è chiaro, però, se tali percentuali siano dovute alla riattribuzione del sesso o disturbi psicopatologici preesistenti, in quanto livelli più alti di rischio suicidario sono presenti anche nei soggetti con disforia di genere prima dell'intervento di riattribuzione.

Per quanto concerne i candidati più idonei all'intervento, tra gli uomini e le donne, numerosi studi (Walinder & Thuwe, 1975; Bodlund & Kullgren, 1996), hanno evidenziato che gli esiti migliori si evidenziano nei transessuali donna-uomo, rispetto a quelli uomo-donna, nonostante la difficoltà chirurgica sia maggiore nei primi e dia risultati meno funzionali.

Ciò può essere attribuito a vari fattori: migliore accettazione sociale, maggiore facilità di questi a farsi passare per appartenenti al sesso di attribuzione; inoltre, i transessuali donna-uomo, come gruppo, presentano quadri psicologici più equilibrati e stabili di quelli uomo-donna (Chiland, 1997). Rakic, Starcevic, Maric e Kelin (1996) hanno indagato attraverso un questionario standardizzato costruito ad hoc, quattro aspetti della qualità di vita in ventidue MtF. La valutazione è stata realizzata in un arco di tempo compreso tra sei mesi e quattro anni dopo l'intervento; i quattro aspetti esaminati sono stata: atteggiamento verso il proprio corpo, relazioni con altre persone, attività sessuale, funzionamento lavorativo. Nella ricerca si riporta che solo pochi soggetti risultarono non essere soddisfatti dalla loro vita dopo RCS, la maggior parte degli intervistati si dichiarò soddisfatta, probabilmente perché, suggeriscono gli autori, i quattro fattori indagati sono strettamente collegati tra loro, dunque aver affrontato, ad esempio, il problema relativo al all'atteggiamento verso il proprio corpo tramite l'intervento, implicherebbe un miglioramento nelle altre aree considerate.

Negli ultimi tempi tende anche ad aumentare il numero di adolescenti che richiedono un intervento di RCS e per tal motivo sono state effettuate delle ricerche scientifiche in tal senso.

Smith, van Goozen e Cohen-Kettenis (2001) hanno analizzato le differenze di funzionamento complessivo tra un gruppo di venti adolescenti trattati, un gruppo di ventuno adolescenti che non soddisfano i criteri elettivi per la procedura di riassegnazione ed un gruppo di sei soggetti il cui trattamento è stato ritardato. Dallo studio risulta che la maggioranza dei soggetti dei gruppi è soddisfatta dall'aspetto fisico; i soggetti sottoposti al trattamento, inoltre, mostrano un buon funzionamento psicologico a differenza del gruppo di non trattati, il cui profilo risulta complessivamente più disfunzionale. Tutte le altre valutazioni sulle condizioni post-operatorie mostrano risultati positivi nel complesso, mentre il gruppo di soggetti non trattati risulta comparativamente meno adattato sia a livello sociale che relazionale.

La "ricerca intervento"

A partire dalle ricerche esistenti sul tema, prima citate, l'intento della ricerca, dunque, ha mirato ad una più ampia riflessione su cosa accade a queste persone una volta soddisfatto il loro desiderio di cambiare sesso, esplorare il livello di soddisfazione/insoddisfazione personale, le relazioni interpersonali, così come gli eventuali cambiamenti a livello socio-culturale.

L'impianto progettuale del presente lavoro ha scelto di utilizzare come strumento operativo privilegiato incontri di gruppo condotti secondo il metodo del focus group entro i quali, grazie al coinvolgimento di testimoni privilegiati, si potesse esplorare, insieme, la concezione di sé ed eventuali questioni specifiche a seguito del percorso di RCS, implementando il confronto e la riflessione sul tema.

Inoltre, a partire dall'analisi simbolico strutturale effettuata tramite l'impiego del software T-lab, un ulteriore obiettivo, è quello di realizzazione un'intervista semi strutturata³ volta a costruire un questionario in grado di valutare la qualità di vita delle persone transessuali. In seguito alla somministrazione di tale questionario e all'analisi quantitativa dei risultati ottenuti, ci proponiamo,

³ Il materiale testuale ottenuto dalla somministrazione dell'intervista semi strutturata sarà analizzato attraverso l'ausilio del software T-lab.

infine, di definire delle *linee guida* rivolte sia agli operatori che si occupano di “questioni di genere”, così da contribuire alla creazione di nuove conoscenze e nuovi strumenti che potrebbero garantire una gestione complessiva della problematica di cui queste persone sono portatrici, sia a coloro che vivono la condizione transessuale.

La metodologia di lavoro I partecipanti

Gli incontri hanno avuto luogo presso la sede di una cooperativa sociale⁴, poiché al suo interno, ha tra gli operatori e i destinatari di alcuni suoi interventi, persone transessuali; inoltre è sembrata funzionale la scelta di incontrare gli utenti in un contesto a loro familiare, nonché, agevole da raggiungere per tutti i soggetti coinvolti.

Agli incontri hanno partecipato 10 persone transessuali che avevano terminato il percorso di RCS che, con continuità e interesse, hanno partecipato ai 3 gruppi proposti.

Il focus group come strumento di lavoro

I gruppi sono stati svolti attraverso la tecnica del focus-group (Zammuner, 2003). Tale dispositivo consente di avviare una discussione di gruppo, condotta da un moderatore, focalizzata su un dato argomento allo scopo di raccogliere informazioni utili agli obiettivi della ricerca. Si tratta di un metodo qualitativo, nel quale i soggetti vengono scelti in rapporto allo scopo della ricerca, per cui c'è un' omogeneità del gruppo al suo interno. La discussione non è strutturata (o strutturata in modo lieve) ed il moderatore incoraggia il flusso libero delle idee. Nei focus group ci si può servire dell'ausilio di registratori per consentire una più approfondita analisi della discussione. Gli osservatori esaminano non solo le discussioni ma provano anche a cogliere le espressioni facciali, il linguaggio del corpo e le dinamiche di gruppo. Dal momento che il focus group permette di rispondere a domande «Di quale tipo?», «Perché?», di indagare in profondità un tema, di consentire ai partecipanti di interagire realmente tra loro, è apparso lo strumento più idoneo agli intenti del lavoro.

Gli incontri del gruppo sono stati condotti da una psicologa esperta nella conduzione di gruppo, alla presenza di due psicologhe in qualità di osservatrici non partecipanti; durante gli incontri i soggetti sono stati disposti in posizione circolare, mentre le due osservatrici al di fuori del cerchio. Gli incontri sono stati tre, ciascuno di novanta minuti con una cadenza settimanale. Ogni discussione di gruppo è stata audio registrata e trascritta e, al termine di ogni incontro, sono stati redatti dei protocolli osservativi; tali protocolli divenivano di volta in volta oggetto di riflessione e discussione all'interno di riunioni di équipe, alla presenza di esperti in tematiche di genere e nell'ambito di ricerca.

In questa fase preliminare, sono stati realizzati tre incontri condotti secondo il metodo del focus group, entro un arco temporale di un mese con incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuno.

Metodologia di analisi dei dati

Attraverso una metodologia di analisi quali-quantitativa dei testi, il materiale trascritto è stato sottoposto ad un'analisi semiotica di tipo simbolico-strutturale attraverso il supporto del software T-lab (Lancia, 2004), con particolare riferimento all'analisi tematica dei contesti elementari.

Nello specifico ci si è avvalsi di un'analisi a cascata, volta ad esplorare la matrice simbolica, dei modelli culturali, organizzante i significati e i sensi che orientano la concezione della qualità della

⁴ La cooperativa sociale Dedalus nasce a Napoli nel 1981 da un gruppo di persone provenienti da esperienze diverse, dal mondo del lavoro, della ricerca e dell'impegno sociale e che riconosce come propria missione quella di perseguire l'interesse generale della comunità attraverso la costruzione di processi di promozione umana e culturale, di realizzazione delle pari opportunità, di accesso ai diritti e alle garanzie di cittadinanza.

vita, così come emerso durante le discussioni entro i focus-group, di persone transessuali nel percorso di riassegnazione dei caratteri sessuali.

I testi prodotti sono stati accorpati in un unico corpus, entro il quale l'unica variabile differenziante-descrittiva è stata la ripartizione tra il primo, il secondo ed il terzo focus-group, come momento preliminare al trattamento mediante il software T-lab con lo scopo di produrre una rappresentazione sintetica dei dati individuando dei cluster tematici (Cluster Analysis), che identificano co-occorrenze di parole chiave entro specifici contesti elementari.

Successivamente i cluster tematici, tramite un'analisi delle corrispondenze, sono stati proiettati, quali variabili attive, sul piano fattoriale al fine di individuare le relazioni tra i modelli culturali emersi.

L'intero corpus si caratterizza di tre testi per un'ampiezza di occorrenze 23724 di cui 3611 sono le forme distinte. All'interno del corpus sono state individuate 447 unità di contesto elementari (Tab.1).

Tab.1 - caratteristiche del corpus

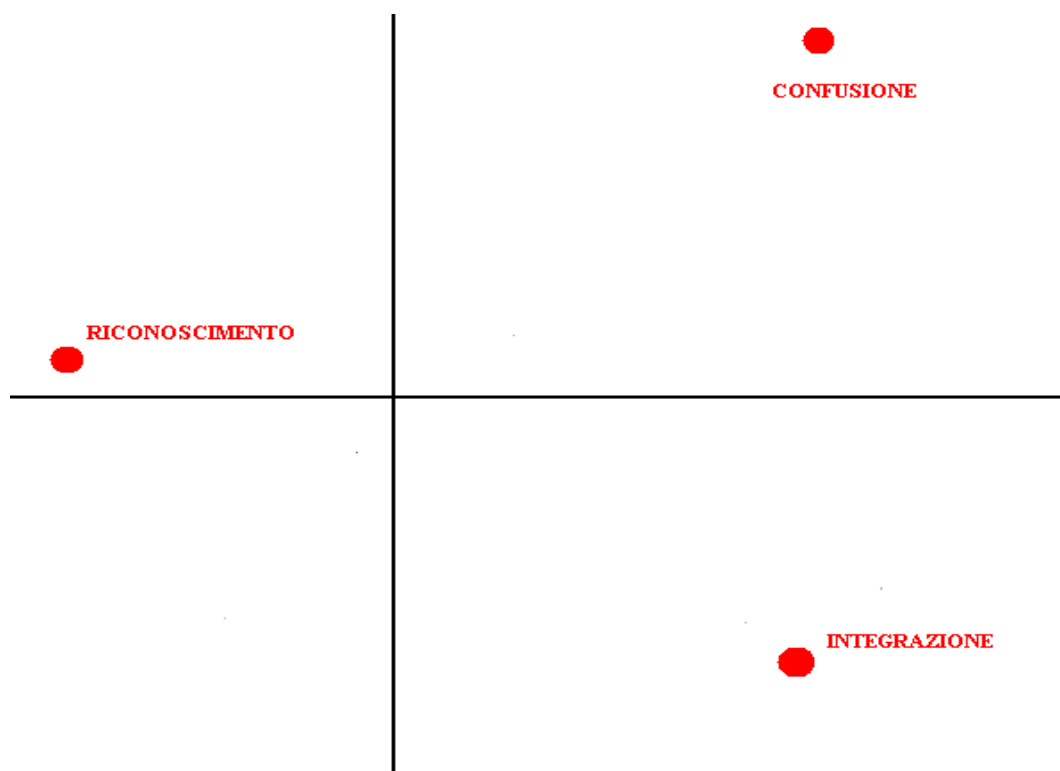
Testi	3
Occorrenze	23724
Forme	3611
Lemmi	2234
Contesti	447
Soglia	4

Discussione dei risultati

Analisi dei cluster (CI) (fig.1)

Si è proceduto con l'analisi dei cluster, secondo la loro collocazione sul piano fattoriale, a partire dal CI n. 2 che risulta essere quello statisticamente più significativo (209 contesti elementari su un totale di 447 classificati pari a 46,76%), e che si colloca sul primo quadrante a sinistra.

Figura 1. Organizzazione dei cluster sul piano fattoriale x-y



Il CI n. 2 chiamato “**riconoscimento**” si compone dei seguenti lemmi: *sentire, aspettare, estetico, occhi, arrivare, attrarre, piacere, guardare, sessualità, errore, persona, rimandare, spiegare, patologia*.

La parola maggiormente significativa entro questo repertorio culturale è “*sentire*” che rimanda ad una dimensione circa il vissuto soggettivo della persona transessuale che differisce dall’evidenza del proprio corpo, un’esteriorità misconosciuta ma inevitabilmente esposta allo sguardo altrui.

“Il contenuto non è pari al contenitore, io mi sento così, come se l’involucro che c’è fuori non mi appartenesse; però quello che mi fa essere uomo, che mi fa sentire tale, è elettricità, è svegliarmi e sentirmi tale e non poterlo spiegare”.

Sebbene l’immagine “*estetica*”, la corporeità sembra essere una modalità attraverso cui poter “*arrivare*” all’altro ed “*attrarlo*” ed il cui sguardo diviene unica possibilità per riconoscersi, il lemma “*aspettare*” rimanda, tuttavia, ad una dimensione di “*attesa*” entro la quale la persona transessuale spera che l’altro possa “*guardarlo*” al di là di ciò che appare.

“Arriva un momento in cui ti senti stanco di combattere, vorresti vivere una vita normale, cioè una vita semplice semplice, una vita dove non bisogna dare spiegazioni. Una vita in cui la gente non ti guardi con gli occhi storti, non ti ridono dietro, dove non senti bisbigliare dietro di te”.

Le co-occorrenze dei lemmi “*sessualità*” ed “*errore*”, seguiti da “*persona*” e “*rimandare*” evocano una dimensione entro la quale la sessualità diventa elemento vincolante del giudizio dell’altro offuscando la reale soggettività e l’interiorità del transessuale. In ultimo si trovano i lemmi “*spiegare*” e “*patologia*” che racchiudono in sé il senso della difficoltà del riconoscimento della persona transessuale e della loro qualità della vita che sembra inevitabilmente dover passare attraverso un’immagine patologizzata di sé.

Il corpo spesso diverrebbe elemento sopravvalutato da parte della società che spesso commette l’“*errore*” di ridurre la “*persona*” etichettandola come “*patologica*”, eludendo così la possibilità di un reale riconoscimento del soggetto transessuale che si vede costretto a dover dare “*spiegazioni*” dell’immagine confondente che “*rimanda*” all’altro.

“Una persona è fatta di mente e di istinto, allora cosa succede, che nel momento in cui una persona ti testa come una donna però avanti agli occhi ha tutt’altro, ci vuole quell’input che collega le due cose, e questo non si chiama amore, ma si chiama semplicemente educazione sociale”.

In basso a destra, sul piano fattoriale, troviamo il CI n. 3 (166 contesti elementari su un totale di 447 classificati, pari al 37,14 %).

Il CI n. 3 chiamato **“integrazione”** si compone dei seguenti lemmi: *esistere, cambiare, operazione, problema, società, prostituzione, lavorare, immaginare, completare, transizione, iniziare, pagare.*

Le parole maggiormente significative entro questo repertorio culturale sono *“esistere”, “cambiare”, “operazione”* che rappresentano organizzatori di senso estremamente centrali. La dimensione del cambiamento sembra essere condizione necessaria per il transessuale al fine di raggiungere la propria stabilità e una buona qualità della vita.

“Lo devi fare per te stessa non per gli altri, quando ho iniziato a cambiare è successo in un anno, ho iniziato il cambiamento e l’operazione”

Le co-occorrenze tra *“problema”, “società”, “prostituzione”, “lavorare”* rimandano alla complessità per la persona transessuale nel potere accedere ed inserirsi entro una dimensione sociale condivisa. Sembrerebbe, infatti, che la difficoltà nell’accesso al mondo del lavoro releghi e costringa il transessuale ad avvicinarsi al mondo della prostituzione come unica modalità di sostentamento.

“Esisto per quello che sono nella realtà, lui si era prostituito anche perché era stato rifiutato e parliamo di dieci quindici anni fa... non solo ci stanno ma tutti questi transessuali che con la prostituzione, questo fa sempre la confusione della società ma c’è chi va a pagare che vanno con i trans non operati”.

I lemmi successivi *“immaginare”, “completare”, “transizione”, “iniziare”* rimandano ad una dimensione attiva, carica di aspettative, volta a concepire il completamento dell’iter chirurgico e legale come possibilità di esistenza e per poter *“iniziare”* un percorso volto al miglioramento della qualità della vita.

Elemento d’interesse risulta essere, tuttavia, il lemma *“pagare”* che sembra rimandare ad un ineliminabile debito da scontare per un passato difficilmente cancellabile nei confronti di se stessi e della società, un’identità che inevitabilmente permane e che in realtà è l’unica che dà consistenza.

“Io esisto anche perché gli altri mi fanno esistere per quello che sono... io sono un trans ed esisto nella realtà in cui mi sono ridotto adesso, perché gli altri mi fanno esistere così”(…)“Una volta che finisce la transizione non sarà mai del sesso d’appartenenza ma solo come ruolo”.

In alto a destra sul piano fattoriale, troviamo l’ultimo cluster in termini statistici.

Il cluster n. 1 chiamato **“confusione”** (72 contesti elementari su un totale di 447 classificati pari al 16,11%) si compone dei seguenti lemmi: *ospedale, capitare, scusare, dottore, trovare, discriminazione, operazione, mancare, difficile, cultura.*

La parola maggiormente significativa entro questo repertorio culturale risulta essere *“ospedale”*. La parola *“ospedale”* sembra essere elemento centrale e nodale dei significati che fondano la condizione transessuale e la qualità della loro vita. Ciò sembra rimandare ad una dimensione ortopedica e medicalizzata del percorso di transizione che i soggetti transessuali devono compiere come condizione imprescindibile per il raggiungimento della propria identità, ma rimanda anche ad un luogo che dovrebbe accogliere e riconoscere i bisogni e le esigenze specifiche di tali soggetti.

“Il dottore all’improvviso mi trovò con la prostata. Scusi, mi disse, ma signora non ho capito, lei ha la prostata?” “Scusate si crea un gran caos e non capiamo, non si capisce niente”.

La co-occorrenza tra la parola *“capitare”, “scusare”, “dottore”* mostra un rapporto in cui il medico, che generalmente garantisce il cambiamento, sembra colui che diventa anche il bersaglio di accuse e colpe a causa dell’adozione di comportamenti spesso *“discriminanti”* legati ad una mancanza, che evoca ambiguità e confusione e che conduce ad un allontanamento.

“Non sapevano in quale stanza la dovevano mettere ed appena operata subito la cacciarono perché non sapevano se nella stanza degli uomini poteva stare, appena operata se ne dovette andare”.

Il lemma *“scusare”* rimanda anche ad una dimensione di reciprocità nella relazione con il medico che a sua volta si *“trova”*, in modo accidentale (*“capitare”*) e inaspettato, dinanzi ad una realtà

spesso confusiva ed ambigua. Comprendere e conoscere il diverso sembra essere un passo ancora “difficile” per la “cultura” e la società intera che spesso innalza barriere.

“E poi è difficile trovare lavoro perché comunque, quando si va a fare un colloquio, vedono questa diversità, questa incongruenza tra la carta d'identità e quello che una persona è, viviamo in una realtà sociale che non è ancora pronta”

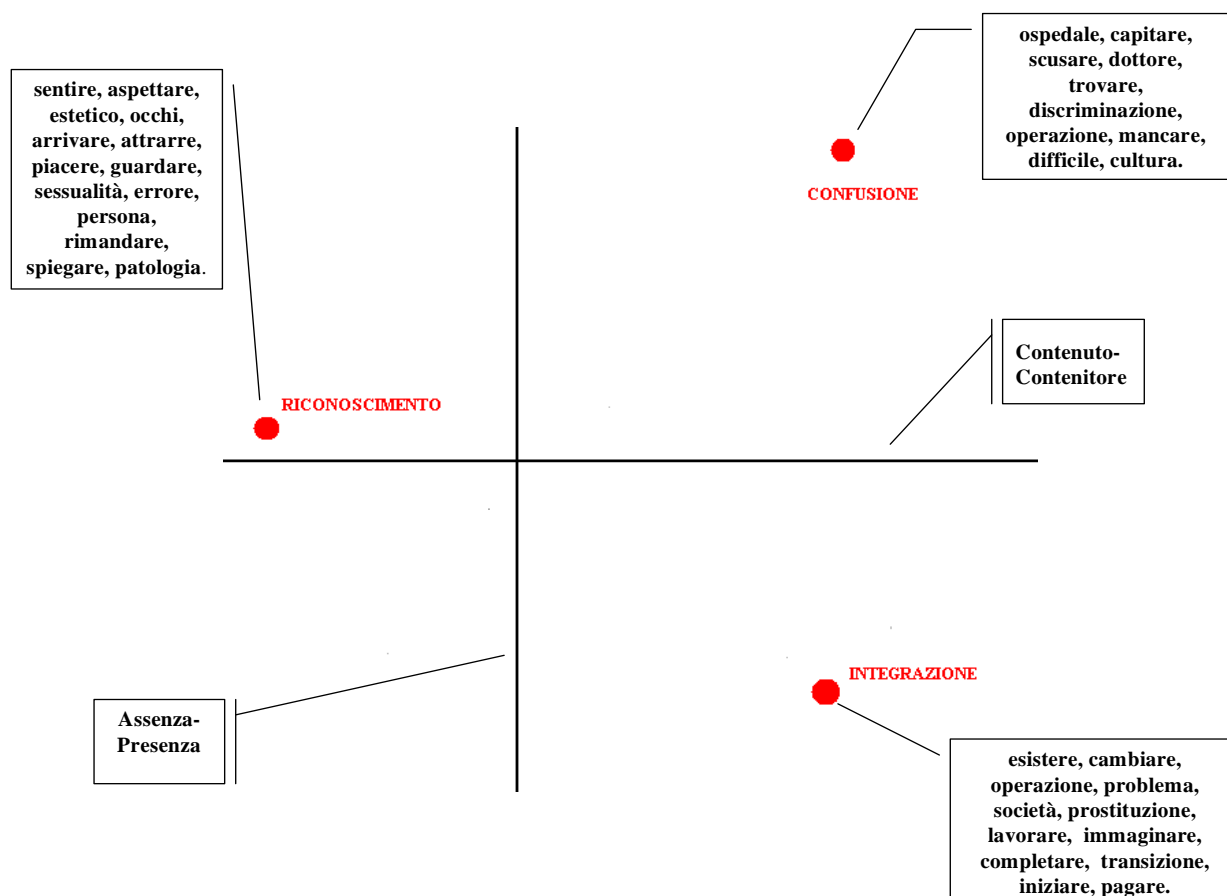
Analisi dei cluster secondo gli assi fattoriali (fig.2)

Si è proceduti, infine, con l'analisi dei cluster tematici secondo i due assi fattoriali.

Sul I fattore, *contenuto-contenitore*, si evidenzia una netta opposizione tra una dimensione interna e profonda fondante il vissuto soggettivo della persona transessuale, che differisce dall'evidenza del proprio corpo, e un vissuto di “non esistenza e “non luogo” all'interno della comunità civile che con difficoltà riesce a riconoscere ed accogliere il soggetto transessuale al di là del suo “contenitore”. Ciò si lega ad una difficile integrazione all'interno della società che, anche dopo l'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, continua a attribuire a tali soggetti “un'identità transessuale” rendendo complessa la possibilità di un miglioramento della qualità della vita

Sul II fattore, *assenza-presenza*, si evidenzia una netta opposizione tra le difficoltà che il soggetto transessuale incontra nella relazione con la società, che difficilmente offre un luogo di accoglimento inverando vissuti di sfiducia, e la possibilità di ricercare attivamente un luogo di esistenza. La società diviene teatro di accuse e colpe a causa di atteggiamenti di allontanamento e discriminazione messi in atto di fronte alla confusione e all'ambiguità evocata dalla persona transessuale, ma può divenire anche teatro di una ricerca attiva e consapevole di una migliore qualità di vita, di un'integrazione identitaria che sembra poter avvenire soltanto attraverso il completamento dell'iter medico-legale.

Figura 2. Interpretazione dei cluster secondo i due assi fattoriali.



Conclusioni e implicazioni future

L'analisi condotta ha permesso di mettere in luce risorse e criticità fondanti la relazione tra i soggetti transessuali, a seguito del percorso di riassegnazione chirurgica del sesso, e la società intera. Pertanto il costrutto della qualità della vita appare come una dimensione complessa entro la quale giocano un ruolo importante sia le dimensioni intra-individuali che psicosociali, entro la quale sembra ancora difficile riuscire ad arrivare ad una definizione univoca.

L'esperienza del focus-group, che ha offerto la possibilità di porsi domande reciproche, ha consentito di scoprire aspetti non pensati in precedenza ed ha significato una raccolta di informazioni in modo approfondito e dinamico.

Pertanto, lo strumento del focus group si è rilevato utile e idoneo in quanto:

- la flessibilità del metodo: i partecipanti hanno potuto discutere tra loro della questione proposta in piena libertà e con un intervento minimo del moderatore;
- la possibilità di effettuare più sessioni, così da ottenere un numero maggiore di informazioni;
- l'opportunità offerta ai presenti di esprimersi con il linguaggio loro usuale, ad alcuni di ampliare le proprie opinioni sul tema, ad altri di modificare quelle già esistenti.

L'interazione tra i partecipanti ha rappresentato una potenzialità perché ha consentito l'emergere di una grande quantità di dati attraverso una conversazione stimolante per gli utenti e la conseguente raccolta delle informazioni desiderate.

Tale percorso esplorativo, finora realizzato, ha consentito di uscire dalla "stanza clinica" spogliandosi del ruolo di gate keeper (Lev, 2004), del quale solitamente le persone transessuali

investono la figura dello psicologo, per entrare nel mondo transessuale osservandolo più da vicino al fine di costruire una lingua comune con l'idea di far emergere, dagli stessi utenti, le aree di criticità e gli interrogativi a cui poter fare riferimento per meglio orientarsi nelle variegata e composite realtà transessuali.

Bibliografia

Abramowitz, S.I. (1986). Psychosocial Outcomes of Sex Reassignment Surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 183-189.

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision (4th ed.). Washington DC: APA Press. Trad. it. (2001). DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson.

Arfini, E.A.G. (2007). Scrivere il sesso: Retoriche e narrative della transessualità. Roma: Meltemi.

Benjamin, H. (1966). Il fenomeno Transessuale. Roma: Astrolabio.

Blanchard, R. (1989). The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(10), 616-623.

Bodlund, O., & Kullgren, G. (1996). Transsexualism: general outcome and prognostic factor: A five year follow-up study on nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303-316.

Chiland, C. (1997). Changer de sex. Paris: Editions Odile Jacob.

Green, J. (1994). Transsexualism and the law. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22, 511-517.

Hepp, U., Klaghofer, R., Burkard-Kubler, R., & Buddeberg, C. (2002). Treatment follow up of transsexual patients. A catamnestic study. Retrieved May 2003, from <http://library.ftmaustralia.org/health/gender.html>.

Hastings, D. (1974). Post-surgical adjustment of male transsexual patients. *Clin Plast Surg*, 1, 335-344.

Hertz, J., Tillinger, K.J., & Westman, A. (1961). Transvestitism. Report on five hormonally and surgically treated cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37 (4), 283-294.

Lancia, F. (2004). Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab. Milano: FrancoAngeli.

Lev, A.I. (2004). Transgender Emergence- therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. New York – London – Oxford: The Haworth Clinical Practice Press.

Lothstein, L.M. (1982). Sex reassignment surgery: historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry*, 139, 417-426.

Meyer, J.K., & Reter, D.J. (1979). Sex Reassignment. Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 36 (9), 1010-1015.

McDougall, J. (1998). A favore di una certa anormalità. Roma: Borla.

Pauly, I. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Aust NZ J Psychiatry*, 15, 45-51.

Pfafflin, F., & Junge, A. (1992). Sex reassignment. Thirty years of international follow up studies after sex reassignment surgery. A comprehensive review, 1961-1991. Consultato il 02.12.2010 su <http://synposion.com/ijt/pfafflin/3005.htm>.

Rakic, Z., Starcevic, V., Maric, J., & Kelin, K. (1996). The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Archives of sexual Behaviour*, 25, 515-525.

Randell, J. (1969). Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals. In: R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 355-381). Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press,.

Rauchfleisch, U., Barth, D., & Battegay, R. (1998). Results of long-term follow up of transsexual patients. Consultato il 13.10.2002 su <http://library.ftmaustralia.org/health/gender.html>.

Simon, W. (1996). *Postmodern sexualities*. New York: Routledge.

Smith, Y.L.S., van Goozen S.H.M.T., & Cohen-Kettenis P.T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40.

Stoller, R.J. (1968a). *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*. London, New York: Karnak Books.

Stoller, R.J. (1968b). *Sex and Gender, the transsexual experiment*. London: The Hogart Press.

Valerio, P. (2007). Relazione di introduzione letta alla Giornata di studio con Colette Chiland (Università Renè Descartes Paris V) "Transfert e controtransfert nel lavoro con persone transessuali", Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Palazzo Serra di Cassano, Napoli 16.02.2007.

Walinder, J. (1968). Transsexualism: definition, prevalence sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43 (S203), 255-258.

Walinder, J., & Thuwe, I. (1975). A social psychiatric follow-up study of 24 sex reassigned transsexuals. Goteborg: Akademiforlaget.

Walinder, J., Lundstrom B., & Thuwe I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatry*, 132, 16-20.

Zammuner, V.L. (2003). *I Focus Group*. Bologna: Il Mulino.