

## Simbolizzazioni affettive dell'incontro tra psicologo e persona transessuale: l'analisi testuale dei resoconti tra prassi clinica e contesto dell'intervento.

di Valentina Boursier\*

«Una traccia fisica che è più che deposizione alla memoria. Piuttosto una sorta di “reperti fotografici” di panorami psichici, ma anche ologrammi di esperienze, emozioni, e persistenza dei pensieri suscitati: piccole reti atte a mantenere il potere della memoria evocativa, compreso tutti i riferimenti elaborativi e teorici che dalle parole ascoltate si diramano. Non proprio registrazioni e non ancora narrazioni, eppure in grado di riprodurre ad ogni rilettura quella “unicità pregnante” di forma e di senso che si era imposta alla mente, all'ascoltare».

(*La trascrizione clinica: sul prendere appunti*. Vigneri, 2002).

### 1. Premessa.

In psicologia clinica l'attività del resocontare è spesso parte indissociabile e costitutiva dell'operare clinico, ad esso strettamente interconnessa, come pensiero e riflessione sulla prassi (Lancia, 1990), che orienta l'intervento e motiva il cambiamento. Nella misura in cui la sospensione dell'azione ed il sostare in uno spazio di potenziale significazione consente il pensiero su gli eventi, l'attività del resocontare diviene strumento di esplorazione, veicolo di conoscenza e com-prensione di sé, dell'altro e della relazione (e del contesto istituyente la relazione) tra sé e l'altro. Ma il reso-contare (dal combinarsi di rendere e contare) sembra accogliere in sé sfumature diverse di significato, a seconda che la bilancia penda maggiormente sul primo o sul secondo fattore. Dal latino rendere, un tempo rēddere, trasformatosi sotto l'influsso di vendere e prendere (cfr. Cortelazzo & Zolli, 1999), significa “dare di nuovo”, ma anche “rappresentare, esprimere, descrivere, tradurre”. Sicché, se da un lato appare implicito il rimando ad una dimensione di relazione che si realizza attraverso uno scambio, un dare e avere e, allo stesso tempo, una restituzione -di “conti”, ovvero di una stima, un risultato, sia esso in termini di oneri sia di vantaggi<sup>1</sup>-, dall'altro implicita è l'idea di un'espressività in divenire, che è raffigurazione, traduzione, dispiegamento. D'altro canto, ponderando il peso del “contare”, quel che sovviene arricchisce l'idea di una comunicazione che, nella sua trasmissibilità, si fa storia, racconto.

In quanto “narrazione particolareggiata”, nell'intento di render conto (restituire, tradurre, raccontare) a qualcuno di qualcosa, il resoconto tiene quindi in sé emittente e destinatario, oggetto e finalità, testo e contesto.

---

\* Dottore di ricerca in Studi di genere, Dipartimento di Scienze Relazionali “G. Iacono”, Università degli Studi di Napoli Federico II. Psicologa, allieva del Corso di Psicoterapia Psicoanalitica del Bambino, dell'Adolescente e della Coppia (ASNE-SIPsIA).

<sup>1</sup> Il *resoconto* (in quanto sinonimo di *rendiconto*), nell'antica accezione riguardante l'atto del “rendere i conti” (Cortelazzo & Zolli, 1999), indicherebbe una *restituzione* di “conti”, risultati, valutazioni; laddove *conto* sta per “partita di dare e avere, valutazione, stima, vantaggio”, sebbene, derivando da *contare* “dire, raccontare”, implichi anche l'idea di una comunicazione e non soltanto una stima. Nel complesso -e nel suo abituale significato- il *rendere conto* esprime l'idea del “dare ragione, spiegare”.

C'è da chiedersi, dunque, cosa si scrive in un resoconto clinico? Chi lo scrive, per chi lo scrive e, soprattutto, perché? Le risposte a queste domande sembrano combinarsi ed articolarsi nella qualificazione di un contesto, che è scenario e dispositivo di strutturazione e significazione del resoconto, nonché dell'incontro psicologico.

A seconda che l'ambito sia personale, formativo, comparativo o divulgativo e che il resoconto si rivolga o meno, quindi, ad un pubblico, sia esso di superiori (supervisione), di pari (intervisione) o alla comunità scientifica, chi scrive narra della storia dell'altro e dell'incontro e, più o meno esplicitamente, di sé; scrive per sé o per condividere insieme ad altri o, ancora, per comprendere per mezzo degli altri qualcosa di sé, dell'altro e della relazione, così da soddisfare la propria sete di conoscenza, arricchire il proprio iter formativo e orientare l'intervento clinico. Psicologo "operante" e psicologo "scrivente" si fondono, dunque, incarnando un ruolo rispetto al compito e al contesto che, per dirlo con Freda (2004), è simbolicamente ed affettivamente connotato; sicché la stesura del resoconto clinico, in quanto costruzione soggettiva di significati, veicola un'intenzionalità che "confronta lo psicologo clinico con dimensioni di appartenenza e di pro-getto" (Lancia, 1990), da cui non si può prescindere. La trascrizione del materiale clinico e la comunicazione ad altri della propria esperienza, esprime infatti non soltanto una riproduzione storico-letteraria di quanto accaduto, bensì una ri-costruzione significativa di contenuti ed eventi secondo un proprio stile personale; in sé, dunque, già una prima forma d'elaborazione, psichica e soggettiva, dei propri vissuti, che presenta e traduce la realtà esterna nei termini della realtà interna<sup>2</sup>.

Attingendo ai molteplici significati sopra accennati, il resoconto clinico è, dunque, restituzione di un risultato che, il più delle volte, lo psicologo presenta ad un pubblico diverso da colui che, nella relazione clinica, costituisce l'altro polo dello scambio (il paziente o, se si preferisce, il cliente) e che solo indirettamente ad esso ritorna, come restituzione, spesso proprio in virtù di questo primo passaggio. E' raffigurazione per mezzo di segni, traduzione in parole di un'esperienza vissuta, di impalpabili e confuse tracce sensoriali e mnestiche che, prendendo forma, contribuiscono al dispiegarsi di quanto accaduto ed agito, da sé e dall'altro, entro lo spazio clinico. E' narrazione che, a seconda delle finalità e del contesto, si rivolge a chi è lì per accoglierla.

## 2. Il contesto della ricerca: problematica transessuale e domanda di intervento.

Il transessualismo pone un'ardua sfida agli psicologi clinici, sia per la dimensione perturbante (Freud, 1919) che evoca sul piano personale -psichico e corporeo- sia per complesse questioni che incidono sul piano professionale. In primo luogo, va fatto cenno alla classificazione nosografica della psicopatologia transessuale (disturbo o disordine dell'identità di genere G.I.D.)<sup>3</sup>, che sembra non tenere sufficientemente conto della

---

<sup>2</sup> Ciò, d'altra parte, è quanto ha reso e rende prezioso, nella tradizione psicoanalitica, l'impiego della *trascrizione* di sedute cliniche, come mezzo di diffusione della teoria della tecnica e come oggetto/mezzo di analisi nei contesti di supervisione. E' soprattutto all'interno dei training formativi, infatti, che il resoconto (di sedute come di osservazioni della relazione madre-bambino) acquisisce un notevole significato: in quanto elaborazione soggettiva di fatti, fantasie e sensazioni, consente di analizzare i fenomeni di transfert e controtransfert, rappresentando così uno strumento fondamentale di riflessione su di sé e sul proprio operato. Eppure ciò rappresenta anche quanto, nell'ambito dell'attuale dibattito sulle possibilità di ricerca in ambito clinico e psicoterapeutico, si presenta come il limite di questa disciplina; sicché alla "trascrizione a memoria" sempre più si preferisce la più "pura" "trascrizione *verbatim*", frutto di un'*oggettiva* registrazione meccanica (cfr. Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

<sup>3</sup> Data la complessità del fenomeno, una chiara definizione del transessualismo in quanto sindrome ed una sua precisa collocazione nella nosografia psichiatrica sopraggiungono lentamente. Solo agli inizi degli anni Sessanta, infatti, il crescente numero di persone che richiedevano la riconversione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS), sembra aver posto la comunità psichiatrica internazionale e la giurisprudenza dei vari paesi dinanzi alla necessità di affrontare il problema in maniera più specifica

complessa articolazione tra sessuazione, sessualità e genere nello sviluppo identitario, nonché dell'ampiezza (ovvero dell'ambiguità) del genere in quanto dimensione di significato (complessa e polivalente) e che induce, dunque, a riflettere sull'uso di questa categoria in ambito clinico<sup>4</sup>. In secondo luogo, è importante considerare la richiesta che, come vedremo più specificatamente, ricade sulla valutazione psicodiagnostica all'interno dell'iter legale e chirurgico di riassegnazione del sesso.

Occorre dunque premettere, seppur brevemente, quale sia lo scenario entro cui ci si muove. Il transessualismo configura una profonda sofferenza identitaria (Nunziante Cesàro & Chiodi, 2006), in cui il proprio corpo sessuato viene rifiutato in virtù di una dichiarata appartenenza interiore al genere opposto. Sicché, "imprigionato" in un corpo sbagliato, estraneo al proprio sentire, il transessuale pone una domanda di "rettifica" dell'esteriorità, in funzione di un "riconoscimento" -sostanzialmente sociale e legale- di quanto attiene, però, all'essere e al sentire; ovvero ad un "impalpabile", per quanto "reale", vissuto/mondo interno. Nell'energica rivendicazione di un "femminile" o di un "maschile" che, inevitabilmente svincolati dalla sensorialità corporea e dalle vicissitudini fantasmatiche connesse alla sessuazione, diventano piuttosto "ciò che appare descrivibile, quindi visibile, riconoscibile culturalmente come tale" (Galiani, 2005), troverebbe alimento il forte bisogno del transessuale di riconoscibilità all'esterno. Accanto a ciò, uno scivolamento dello psichico nel sessuale e del sessuale nel culturale -sostenuto dall'ormai nota distinzione tra "sesso e genere" (Stoller, 1968)<sup>5</sup>- legittimerebbe sia l'esteriorizzazione della sensibilità interiore (Galiani, 2005), riflessa nel desiderio transessuale di essere ed operare come membri del sesso opposto (Benjamin, 1966), sia la significazione di un dramma esistenziale altrimenti senza nome, sia, infine, la realizzazione di una rimozione fisica<sup>6</sup> per mezzo di una soluzione-trasformazione chirurgica.

---

(cfr. Valerio & Zito, 2006). Dal 1994 il *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)* presenta una sezione per i "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere", in cui un capitolo è dedicato ai "Disturbi dell'identità di genere" con i relativi criteri diagnostici. Di seguito se ne riportano, a titolo esemplificativo, i principali: A. *Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto)*; B. *Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso*; C. *L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale*; D. *L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento*.

<sup>4</sup> Una riflessione che, per quanto rilevante nell'approccio al transessualismo, riveste un ruolo tangenziale rispetto al discorso che qui si vuole affrontare; per cui ci si limita a farvi accenno, rimandando ad altri contributi (Chiland, 1997; Reiche, 2004; Boursier & De Rosa, 2006).

<sup>5</sup> R. Stoller (1968) lega alla nozione di sesso i termini *maschio* e *femmina* in riferimento alla dimensione biologica del corpo; mentre fa uso del termine genere in una versione più intrapsichica, vicina alla dimensione culturale, che mostra la "quantità" di *mascolinità* o *femminilità* presenti, in mescolanza e in diverse proporzioni, in ciascun individuo. Alla definizione del *nucleo dell'identità di genere*, che si struttura per entrambi i sessi nella relazione pre-edipica con l'oggetto materno, corrisponde la consapevolezza conscia e inconscia di appartenere ad un sesso piuttosto che ad un altro. Tale appartenenza di genere, intorno a cui si coagulano gli attributi della mascolinità e della femminilità, rappresenta il frutto della commistione di molteplici fattori, che attingono alle componenti biologico-ormonali, al dato corporeo – ovvero alle caratteristiche anatomiche dei genitali esterni, sulla base delle quali avviene l'assegnazione del sesso alla nascita – e alle componenti relazionali più o meno consciamente agite dall'adulto nel rapporto con il neonato di diverso sesso. Riprendendo Money (1955), inoltre, Stoller evidenzia come l'esperienza complementare e per così dire "pubblica" dell'*identità di genere*, invece più personale e "privata", sia rappresentata dal *ruolo di genere* che, legato agli aspetti definiti dal ruolo sociale, si esprime nei comportamenti maschili e femminili agiti nelle relazioni interpersonali.

<sup>6</sup> A rinforzo, forse, del *rinnegamento* di una realtà percepita. Questo aspetto è stato approfondito in un altro lavoro (Boursier, 2007).

Il fallimento della corrispondenza di sesso e genere, che nell'eziologia del transessualismo chiama in causa un fallimento della relazione primaria<sup>7</sup>, giunge ad essere, così, inevitabilmente perpetuato e legalmente ratificato. Infatti, solo il raggiungimento di una sorta di visibile conformità dei caratteri sessuali all'identità sessuale, sentita e reclamata, è ciò che consente una legale rettifica del sesso e dei dati anagrafici; cosicché il "rimedio chirurgico" non soltanto renderebbe possibile un adeguamento altrimenti impossibile, ma, nei fatti, legittimerebbe la stessa domanda di cambiamento di sesso, provvedendo a dare un senso, un'attestazione sociale e legale, nonché una soluzione all'intensa dissonanza interiore. Ciò rappresenta la fitta trama entro cui viene avanzata la richiesta di un intervento psicologico.

Entrando più nello specifico, nelle maglie del complesso iter di riconversione chirurgica del sesso anatomico (R.C.S.) e di rettifica anagrafica, allo psichiatra o allo psicologo clinico viene "assegnato" un ruolo che definiremmo "scomodo" e, in qualche modo, vincolato e vincolante. La domanda di intervento, che con estrema rarità è posta, in prima istanza, da un individuo intenzionato a riflettere sulla propria condizione esistenziale, generalmente proviene dall'ambito legale, con la finalità di produrre una certificazione che, come recita la legge<sup>8</sup>, "accerti le condizioni psico-sessuali del soggetto" e dichiarare l'esistenza di un disagio (appunto un G.I.D.) in assenza, dunque, di patologie di natura psichiatrica (che compromettano la capacità di intendere e di volere), per le quali l'intero iter potrebbe essere, eventualmente, sospeso<sup>9</sup>.

Eppure, la discrezionalità della richiesta, da parte del giudice, di una consulenza finalizzata a produrre accertamenti (opzione sempre più spesso considerata) e la scarsa trasparenza riguardo alla figura professionale della cui specifica competenza ci si dovrebbe avvalere, inducono a riflettere sulla posizione che, in questo contesto, psichiatri e psicologi sono costretti ad assumere. Infatti, la presentazione di due ambiti differenziati (quello "psico", generalmente confluyente nel "mentale" e quello "sessuale", generalmente confluyente nel "corporeo") se da un lato alimenta il contrasto tra lo psichico ed il biologico, dall'altro comporta che sia possibile incaricare per l'accertamento un tecnico specialista in uno solo dei due diversi settori di approfondimento (Galiani, 2005) e che, pertanto, talvolta sia il medico (chirurgo, endocrinologo) a richiedere, per il proprio assistito, una consulenza in ambito psicologico e/o psichiatrico<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Nel legame con le vicissitudini del processo di *sessuazione* cui attinge il percorso di acquisizione della propria identità *sessuata*, *sessuale* e di *genere*. Esponenti della psicoanalisi europea e d'oltreoceano (Oppenheimer, 1992/2001; Chiland, 1997; Lothstein, 1983, per citarne solo alcuni) concentrerebbero le loro riflessioni attorno ad una profonda fragilità narcisistica e ad un deficitario rispecchiamento dell'identità sessuata che, caratterizzanti la psicopatologia transessuale, spiegherebbero anche la forte spinta a ricercare una nuova identità, innanzitutto corporea, attraverso cui trovare nell'*Altro* il riconoscimento e l'attestazione di sé mancati in passato; ponendo, così, in evidenza il peso che il riconoscimento dell'*altro sociale* assume nella cosiddetta "scelta transessuale".

<sup>8</sup> Legge n. 164 del 14 aprile 1982 (art. 2).

<sup>9</sup> E' complesso esplicitare con esaustività quanto attiene all'intera questione che, investendo ambiti di diversa natura disciplinare (medico, legale, psicologico-psichiatrico), si riferisce al profondo disagio vissuto dall'individuo transessuale, alla diagnosi del disturbo (non esiste una visione unanime in proposito; si continua a discutere, infatti, di un'origine più o meno francamente psicotica del disturbo in oggetto) e alla risposta chirurgica, che in Italia non soltanto è legalmente ratificata, ma necessariamente richiesta per procedere con la modifica dei dati anagrafici. Pertanto, se in alcuni casi si riflette sulla paradossalità di una risposta di adeguamento corporeo (Chiland 1997), in altri si considera l'opportunità che, soprattutto in alcune situazioni (transessualismo primario), si intervenga chirurgicamente. Stoller, ad esempio, riteneva utile procedere col "cambiamento di sesso" nel caso di uomini estremamente "femminili", per i quali constatava l'inutilità di trattamenti psicoanalitici o esortazioni morali (cfr. Vitelli, 2001).

Per un approfondimento si rimanda, comunque, per citarne solo alcuni, ai volumi di Valerio, Bottone, Galiani & Vitelli (a cura di) 2001; Galiani, 2005; Nunziante Cesàro & Valerio (a cura di), 2006.

<sup>10</sup> Ciò, probabilmente insieme alle cause giuridiche intentate a danno di quei chirurghi che avevano mancato di appurare le condizioni psichiche del soggetto transessuale prima di operare, rappresenta

In sintesi, se ad un polo v'è la richiesta, opzionale ed ambigua, di un'indagine psicodiagnostica che, per sua natura, vincola ed orienta l'intervento, finalizzandolo al difficile accertamento di qualcosa che, a qualche livello, risuona come una sorta di paradosso<sup>11</sup>; all'altro v'è la complessità di questa profonda sofferenza identitaria che, traducendosi nel corpo ed agendo col corpo, costringe l'ambito "psi" (che stenta a trovarle una precisa collocazione) a confrontarvisi e a confrontarsi con una richiesta chirurgica<sup>12</sup>, urgente ed indiscutibile, che mette in scacco le possibilità del pensiero e della rappresentabilità.

In questo senso l'operatore si trova a vivere "un profondo sentimento di frustrazione accentuato dai vissuti di castrazione che sente di dover subire di fronte al compito assegnato. Anche la sua identità è, infatti, messa in crisi. Qual è il ruolo che sta svolgendo: impotente smistatore di clienti per un chirurgo, o psicoterapeuta che non può far nulla per aiutare la persona che gli è davanti, ma deve solo accettare la soluzione da lui prescelta?" (Valerio & al., 2000).

### 3. Modelli di simbolizzazione affettiva: l'analisi testuale dei resoconti clinici.

Muovendosi in una prospettiva di matrice ed orientamento psicodinamico, il presupposto di partenza sostiene che, per quanto di difficile collocazione nosografica, la richiesta di cambiamento di sesso potrebbe rappresentare una sorta di *agito corporeo* che, nell'*errato riconoscimento* o nel *rifiuto-rinnegamento* della propria realtà (anatomica, ma non va dimenticato che con essa si rifiuta anche parte della propria identità e del proprio passato), risponde al bisogno di annullare l'intollerabile pregresso, realizzando una realtà diversa (se non completamente nuova)<sup>13</sup>; in primis una realtà corporea che, costruita artificialmente, pur presentandosi inevitabilmente incompleta, consentirà però di *sentirsi ed apparire completi*. Inoltre, se la richiesta che proviene dal più ampio ambito medico o legale ricade sull'intervento psicologico veicolando, come descritto, elementi di forte ambiguità, accompagnandosi all'urgenza di un *agito corporeo* (di cui l'individuo transessuale è diretto portatore nella consultazione clinica) - in un sistema che, alla sofferenza psichica, sembra rispondere con un *contro-agito corporeo* - tale domanda (sia per la natura della patologia, sia per la complessità della richiesta) sembra in qualche modo costringere e vincolare la dimensione "psi" dell'intervento (ancor più, forse, se la lettura del disagio si ancora ad una prospettiva psicodinamica). Ciò detto, è anche all'interno della stessa prospettiva psicodinamica che si riflettere sull'eventualità che il rimedio chirurgico possa effettivamente rappresentare una soluzione, seppur discutibile, non escludendola aprioristicamente<sup>14</sup>.

---

ciò che ha portato alla sempre più frequente collaborazione tra chirurghi, endocrinologi e consulenti psicologi/psichiatri (Hausman, 1995, in Galiani, 2005).

<sup>11</sup> Infatti, se in alcuni casi si discute della natura non psicotica del disturbo: per Stoller (1975) l'*illusione transessuale* sarebbe frutto di "un errore di interpretazione" della realtà del proprio sesso anatomico, ovvero di un errato riconoscimento e non di una sua ricostruzione; in altri se ne evidenzia la più probabile vicinanza: Oppenheimer (1992) considera, ad esempio, che nell'"acting out permanente" (il cambiamento di sesso) si evidenzia il bisogno di costruzione di una *neo-realtà* o *neo-identità*, sicché, per quanto la psicosi non sia propriamente accertata, nella patologia transessuale è possibile cogliere i due tempi caratteristici dei processi psicotici, ovvero il ritiro dalla realtà e la creazione di una neo-realtà, che in questo caso si concentrerebbe soprattutto sul corpo e sul sesso anatomico.

<sup>12</sup> Espressione, secondo la Chiland (1997), di un desiderio-pretesa *folle* a cui la medicina sembra rispondere "con un'offerta folle".

<sup>13</sup> Non a caso si è scelto di far ricorso al termine *agito corporeo*, dal momento che -come già esplicitato altrove (Boursier, 2007)- nel transessualismo il conflitto interno non sembra tanto trovare espressione sintomatica *nel* corpo, quanto piuttosto in un'azione drastica che lo coinvolge e che, *per mezzo* del corpo, si *concretizza* in un *atto di non-pensiero* (Etchegoyen, 1986), un *acting out* che, frutto di una coartazione del pensiero, ne satura lo spazio.

<sup>14</sup> Studi di *follow-up* effettuati su persone transessuali operate registrano, accanto alla presenza di pochi casi di suicidio, un buon livello di soddisfazione in riferimento all'aspetto esteriore, soprattutto nei casi di transessualismo in età adolescenziale; tuttavia i criteri metodologici adottati sembrerebbero

Alla luce di ciò, attingendo alla lunga e ricca esperienza maturata dal gruppo di lavoro sui disordini dell'identità di genere dell'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata (Università di Napoli "Federico II")<sup>15</sup>, ci si è proposti di riflettere sull'intervento psicologico inserito nel percorso di conversione medico-legale del sesso, individuando quali dimensioni emozionali sottendano l'*incontro* tra lo psicologo e la persona transessuale, nella cornice istituzionale in cui ha luogo.

In altri termini, ci si è proposti di analizzare la *dinamica collusiva* (Carli & Paniccia, 2002) propria al contesto e cosa venga in essa agito; sicché, ponendosi in una prospettiva di riflessione sulla "posizione emozionale" degli operatori, ci si è chiesti in che modo *simbolizzino affettivamente* (Fornari, 1979) il proprio intervento (la domanda, il compito e la relazione), nella dinamica individuo-gruppo-contesto di cui, come vedremo, sono parte. A tal fine, ci si è avvalsi dell'analisi testuale dei resoconti clinici, redatti a seguito dei colloqui con soggetti transessuali, secondo una prospettiva teorica ed interpretativa che, tenendo conto della *duplice referenza* -lessicale e simbolica-<sup>16</sup> implicitamente connessa all'atto linguistico (Fornari, 1979), è orientata a cogliere le dimensioni emozionali che *attraversano* il testo, al di là della sua strutturazione intenzionale (Carli & Paniccia 2002).

Nello specifico contesto di lavoro a cui si è fatto riferimento, prevalentemente orientato ad un approccio psicodinamico, il resoconto clinico rappresenta un indispensabile oggetto e strumento di riflessione, condivisione e formazione (personale e professionale), sia in quanto *restituzione* al gruppo di pari e di supervisori del lavoro svolto (e, indirettamente, alla committenza istituzionale), sia in quanto *traduzione, dispiegamento e narrazione* di ciò che ha avuto luogo *dentro* e *fuori* lo spazio clinico. Una sorta di "canovaccio" ben articolato che la riflessione *di* gruppo ed *in* gruppo contribuisce ad arricchire di ulteriori possibili significati. In quanto costruzione personale di un soggetto partecipe di esperienze connotate emotivamente (il colloquio clinico, la successiva stesura del resoconto e l'appartenenza a *quel* contesto di lavoro), il resoconto esprime una costruzione di senso di quanto accaduto, che -come specificato- ha carattere fortemente *referenziale*, sia perché si rivolge *a qualcuno*, sia perché si riferisce contemporaneamente al "mondo interno" e al "mondo esterno" (Fornari, 1979). Su di essa, inoltre, convergono sia significati intenzionali, pertinenti alla logica dividente del pensiero cosciente, sia significati emozionali, estrinsecazione del sistema inconscio (Matte Blanco, 1975), che sono legati all'oggetto dell'esperienza, agli individui che vi sono coinvolti e allo scrivente che, in prima persona, vive e narra contenuti ed impressioni. Di conseguenza, la possibilità di significazione del resoconto clinico risiede nel "campo semantico", nell'*intreccio* relazionale e contestuale, denso di emozionalità e mediato da processi semiotici (Freda, 2004), entro cui tutto ha origine.

D'altronde, in una prospettiva che lega un approccio psicodinamico ad uno costruttivista ed interazionista, se il processo clinico è espressione di una *negoziante e co-costruzione di*

---

limitare la riuscita dell'intervento alla valutazione del grado di soddisfazione rispetto al fattore estetico. Si confermerebbe, inoltre, la necessità di offrire un sostegno psicologico e sociale post-operatorio. Per una disamina più approfondita si rimanda a Landi, Napolitano & Zurolo (in Galiani, 2005).

<sup>15</sup> Sono molto grata al Prof. Paolo Valerio (Responsabile dell'Unità e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica che ha sede presso il Policlinico Universitario) e alla sua équipe di collaboratori, che da anni lavora, sul piano della ricerca e della clinica, in questo complesso settore. Il gruppo di ricerca e di intervento clinico sui disturbi dell'identità di genere si avvale della collaborazione di psicoterapeuti e psichiatri di formazione psicodinamica, nonché di psicologi in formazione specialistica. Parte del lavoro clinico e di ricerca in questo contesto, si avvale della resocontazione e discussione in gruppo del materiale clinico, con finalità sia di intervizione, sia di supervisione.

<sup>16</sup> Con *duplice referenza* Fornari (1979) intende differenziare tra una *referenza lessicale* che, corrispondendo al significato letterale delle singole parole, ha a che fare con la condivisione dei significati veicolati dalla cultura di appartenenza ed una *referenza coinemica* che, rimandando invece al significato traslato, avrebbe una valenza forse più interna e soggettiva; in questo caso, infatti, la percezione della realtà avverrebbe attraverso la proiezione, nell'oggetto esterno, dell'oggetto interno che, in questo modo, sarebbe significato dal significante (oggetto esterno).

*significati* (Gill, 1994), la dimensione contestuale entro cui si realizza intreccia (*contextère*) ed informa la relazione tra i soggetti, *istituendola* e *significandola* sul piano intenzionale, come sul piano della simbolizzazione inconscia ed emozionale. In questo senso il *contesto*, lungi dall'essere semplice sfondo o cornice, si presenta come una *costruzione simbolico-affettiva* della relazione (Carli & Paniccia, 2002, 2005), un "prodotto della semiosi inconscia" (Salvatore, 2004) determinante nella negoziazione dei significati, nella misura in cui gli attori di una relazione producono e condividono *simbolizzazioni affettive* (inconsce) delle situazioni di cui sono partecipi (Carli & Paniccia, 2002; Salvatore & al., 2003).

Il processo di interpretazione della realtà è, dunque, riconducibile alle categorie affettive costruite e condivise dagli individui che sono parte di uno stesso contesto e, nella prospettiva entro cui ci muoviamo, va ricondotto sia alla reciproca interazione tra lo psicologo e la persona transessuale nello spazio clinico, sia alla condivisione tra colleghi del medesimo contesto di lavoro, di compiti ed obiettivi, *specifici* eppure *comuni*. Il resoconto clinico rappresenterebbe, pertanto, un possibile anello di congiunzione tra due piani/momenti dell'intervento, interagenti e mutualmente influenzantisi, ovvero tra il lavoro "a quattro mani" nella stanza del colloquio ed il lavoro "a più mani" nella stanza della supervisione/intervisione; tra le simbolizzazioni affettive generate nel contesto della consultazione clinica e le simbolizzazioni affettive che, a qualche livello, sono "espressione del lavoro semiotico del gruppo" (Salvatore, 2004, p. 134). In quanto elemento *risultante* dall'incontro del primo e del secondo aspetto/momento del lavoro clinico, dunque, il resoconto che *scaturisce* dal colloquio psicologico, *predispone* alla condivisione in gruppo.

In questo senso, si tratta di considerare il funzionamento psichico (ed emozionale) implicito (e complementare al registro intenzionale) nella costruzione del testo clinico, da una prospettiva che tiene conto dei processi relazionali in esso implicati e che, entro lo specifico contesto di cui ci andiamo occupando, lega il funzionamento inconscio individuale anche a processi relazionali ed istituzionali (Carli & Paniccia, 2002, 2003; Salvatore & al., 2003).

Per tale ragione si è inteso riflettere sulle dimensioni emozionali dell'*incontro* tra psicologo e persona transessuale, volendo più ampiamente comprendere con esso le dinamiche aventi luogo dentro e fuori la stanza del colloquio, nel contesto istituzionale di cui si è partecipi. In quest'ottica, infatti, l'analisi testuale dei resoconti consente di *ri-costruire* quali simbolizzazioni affettive -emozionali ed inconsce- siano *prodotte da* e *producano* l'incontro; laddove è proprio attraverso la connessione di queste alle dimensioni del contesto che le ha generate (Freda, 2004) che si rende possibile una riflessione sul lavoro psicologico, *tra prassi clinica e contesto dell'intervento*.

Ai fini dello studio sono stati presi in esame i resoconti clinici redatti dagli operatori del Servizio, a seguito dei primi 4 colloqui<sup>17</sup> avuti con 25 persone transessuali in attesa di R.C.S. Il materiale, composto da 93 testi (99175 occorrenze, di cui 9891 forme distinte e 5197 hapax), è stato codificato attraverso alcune variabili illustrative (Tab. 1); tra queste prenderemo qui in considerazione la dimensione del *genere nella relazione*, la *formazione* (in itinere o conclusa) *dell'operatore* e le variabili che definiscono le *modalità dell'intervento psicologico*, sia per come esso è stato concordato al principio (un "contratto" che prevede la consegna della certificazione diagnostica dopo un breve counselling psicologico o a seguito di un periodo di riflessione più prolungato); sia per come la relazione si è poi conclusa (con la

---

<sup>17</sup> La scelta dei primi 4 colloqui è dovuta al fatto che la modalità di lavoro prevalente presso la Struttura è rappresentata dal counselling psicologico ad orientamento psicodinamico che, com'è noto, rappresenta una precisa modalità di intervento in ambito clinico. Improntata ad un lavoro di *assessment* con finalità diagnostiche e di monitoraggio degli assetti difensivi della persona impegnata nel colloquio (cfr. Valerio, 2001), costituisce, infatti, una modalità di lavoro compiuta che può o meno aprirsi ad ulteriori possibilità di approfondimento, attraverso la successiva prosecuzione in un lavoro psicologico di riflessione su di sé. Nei primi 4 colloqui, dunque, "si gioca" l'intervento o lo si rende eventualmente possibile, si elabora una diagnosi e si definiscono, eventualmente, le coordinate "contrattuali" di un lavoro di approfondimento o di un percorso psicoterapeutico.

consegna della certificazione diagnostica, oppure con una precoce interruzione da parte del soggetto transessuale)<sup>18</sup>.

<b>Tab.1 - VARIABILI</b>	
<b>RELAZIONE DI GENERE*</b>	
Rel. M-M	Indica una relazione tra un operatore di sesso maschile ed un individuo transessuale (MtoF) che ha un sesso d'origine maschile, ma sente di appartenere al genere femminile
Rel. M-F	Indica una relazione tra un operatore di sesso maschile ed un individuo transessuale (FtoM) che ha un sesso d'origine femminile, ma sente di appartenere al genere maschile
Rel. F-F	Indica una relazione tra un operatore di sesso femminile ed un individuo transessuale (FtoM) che ha un sesso d'origine femminile, ma sente di appartenere al genere maschile
Rel. F-M	Indica una relazione tra un operatore di sesso femminile ed un individuo transessuale (MtoF) che ha un sesso d'origine maschile, ma sente di appartenere al genere femminile
<b>FORMAZIONE DELL'OPERATORE</b>	
Op. SPEC	Psicologo specializzando, ovvero con formazione in itinere
Op. STRUT	Psicoterapeuta strutturato, ovvero che ha concluso la propria formazione specialistica.
<b>MODALITA' DELL'INTERVENTO</b>	
Mod. BC	Contratto breve (B), di counselling psicodinamico, conclusosi con la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. BI	Contratto breve (B), di counselling psicodinamico, conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. LC	Contratto di lunga durata (L), conclusosi con la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. LI	Contratto di lunga durata (L), conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. LTC	Contratto di lunga durata (L), con somministrazione test da parte di un altro operatore (T), conclusosi la consegna della certificazione diagnostica (C)
Mod. LTI	Contratto di lunga durata (L), con somministrazione test da parte di un altro operatore (T), conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
Mod. CLI	Contratto di lunga durata (L), preceduto dalla consegna della certificazione diagnostica

<sup>18</sup> In particolare, come si comprenderà meglio, se le prime due variabili contribuiscono ad arricchire la lettura delle diverse isotopie in questione (dal momento che risultano essere significativamente associate ai lemmi costitutivi dei cluster oggetto d'analisi), l'ultima, definendo le coordinate dei colloqui clinici ed *organizzando* le modalità dell'intervento psicologico nel percorso istituzionale, è stata oggetto e strumento di una più approfondita riflessione. La scelta di questa variabile, declinata nelle sue diverse e molteplici forme (si veda tab. 1), riflette il modo in cui, nei diversi anni, il gruppo di lavoro ha approcciato all'urgenza della domanda posta dalla persona transessuale e dal contesto istituzionale. Un'urgenza che, oltretutto connaturata alla stessa patologia, per una serie di fattori istituzionali contingenti, al principio si presentava *indilazionabile*, inducendo così a rispondervi con urgenza (la modalità CLI va in questa direzione, opta cioè per una più rapida risposta attraverso la consegna del certificato, ma propone un più lungo percorso "di accompagnamento" entro cui riflettere); ma che è stata poi affrontata e gestita tentando una mediazione tra diverse, complesse istanze (la proposta di un contratto di più lunga durata, LC, LI, ad esempio, con o senza l'ausilio di test, LTC, LTI, si configura come possibilità di riflessione in un percorso di approfondimento che, a qualche livello, può restare vincolato alla consegna della certificazione prevista al termine del lavoro psicologico). La modalità d'intervento breve (BC, BI) è rappresentativa del lavoro di counselling a cui si è già fatto riferimento. Una sintesi, per quanto eccessivamente semplificatrice, consente una più agevole lettura dei risultati, infatti è possibile raggruppare queste diverse declinazioni della variabile *modalità d'intervento* sostanzialmente in due grandi categorie: modalità brevi (B) e lunghe (L) di lavoro psicologico; relazioni che hanno portato alla consegna della certificazione diagnostica (C) e relazioni precocemente interrotte (I).



	(C) e poi conclusosi con una precoce interruzione da parte del paziente (I)
* La prima lettera indica il sesso dell'operatore; la seconda indica il sesso biologico della persona transessuale: dunque M (maschio), F (femmina). La tensione verso l'appartenenza al genere opposto nel transessuale viene solitamente indicata con i termini MtoF, quando un individuo di sesso biologico maschile sente e desidera appartenere ed operare come membro dell'altro sesso, ovvero femminile. Viceversa, FtoM, quando un individuo di sesso biologico femminile tende verso il maschile.	

Il corpus è stato trattato con un software specifico per l'analisi testuale *T-Lab PRO 4.1* (Lancia, 2004) che ha, tra le sue funzioni, quella di frammentare il testo, privandolo dei nessi logici che legano le parole nel discorso intenzionale e di individuare relazioni *isotopiche* tra lemmi, ovvero una ricorrenza di parole con tratti semantici comuni all'interno di unità sintagmatiche<sup>19</sup>.

Sottoponendo il corpus testuale ad una procedura di clusterizzazione (*cluster analysis*), si sono evidenziate cinque *isotopie semantiche* (insiemi di parole raggruppati in base ad un principio di massima omogeneità semantica che, caratterizzando il singolo cluster, lo differenzia dagli altri), ovvero cinque diverse modalità di simbolizzare la relazione con la persona transessuale e con il contesto dell'intervento. Il passaggio successivo, ossia la proiezione dei cluster nello spazio fattoriale organizzato dalle variabili relative alle modalità d'incontro (fig. 1), ha permesso di connettere tra loro le isotopie semantiche (leggendone relazioni ed opposizioni) e di contestualizzarle, ovvero di cogliere i rapporti tra i diversi modelli di simbolizzazione della relazione entro questo specifico contesto, individuando così quali dimensioni emozionali dell'incontro sottendano, orientino e significhino la relazione psicologica nel contesto dell'intervento.

Per la *ri-costruzione emozionale* del testo (destrutturato dalla procedura di analisi), si è tratto spunto da alcuni principi interpretativi introdotti da Carli e Paniccia (2002) nella prospettiva dell'*Analisi Emozionale del Testo*, che com'è noto fonda i suoi presupposti teorici sulla categorizzazione emozionale della realtà (Matte Blanco, 1975) e sulla doppia referenza del linguaggio (Fornari, 1979), proponendosi, sul piano metodologico, come strumento di indagine e conoscenza dei *processi collusivi* (ovvero della dinamica simbolico-affettiva che organizza le relazioni) all'interno di specifici contesti condivisi. Così si è proceduto con l'interpretazione dei nessi associativi (evidentemente non più intenzionali) che, per *effetto del contesto*, tengono insieme i lemmi all'interno di ciascun cluster, proponendo la costruzione di un percorso semantico per il quale ci si è avvalsi anche della derivazione etimologica, che consente di cogliere la struttura emozionale, primitiva ed inconscia, su cui si fondano l'uso ed il significato della parola (Carli & Paniccia, 2002).

Nel percorso seguito all'interno di ciascun cluster si evidenziano i lemmi dal valore di occorrenza più elevato e le variabili *modalità dell'intervento*, *relazione di genere* e *formazione dell'operatore* che ad esso si associano con maggiore significatività.

Il **cluster I**, comprendente parole come *ragazza*, *maschile*, *colpire*, *invito*, *commento*, *credere*, *preferire*, *stanza*, *attendere*, *finire*, *iniziare*, può essere definito come **lo spazio dell'ambivalenza**, nella misura in cui appare simbolico di una relazione e di un incontro che, sin dal primo impatto, sembrano caratterizzati da sentimenti, percezioni e desideri di natura ambivalente. Il termine *ragazza*, che subito sollecita una contrapposizione con *maschile*, derivando dal latino *radica* (radice), rimanda a ciò che ha a che fare con le origini, con la natura (ciò da cui una pianta trae forza e nutrimento e che ne costituisce il basamento) e,

<sup>19</sup> Il concetto di isotopia (*stesso luogo*) semantica "rinvia ad una concezione del significato come "effetto del contesto", cioè come qualcosa che non appartiene alle parole prese singolarmente, ma che risulta dai loro rapporti all'interno dei testi. La funzione delle isotopie è quella di facilitare l'interpretazione dei discorsi (o dei testi); in effetti ciascuna di esse individua un contesto di riferimento "condiviso" da più parole, che non deriva però dai loro specifici significati" (Lancia, 2004, p.73). L'occorrenza e la ricorrenza di quei lemmi (piuttosto che di altri), all'interno di raggruppamenti di parole, consente dunque di evidenziare un nesso associativo di natura semantica (effetto di un contesto condiviso dalle parole), che è necessario *ri-costruire* per mezzo di un processo interpretativo.

insieme, con quanto resta nascosto allo sguardo, in profondità. Ciò evoca una dimensione sotterranea, forse naturale ed “originaria”, che appare contrapporsi a quanto viene manifestato, anteposto (*preferire*, da *prae-ferre*). Insieme a ciò il termine *colpire* (dal greco *kólaphos*, schiaffo) evoca l’idea di un urto che, in questo contesto semantico, sembra rimandare all’idea di un impatto iniziale (forse un’esteriorità ambigua, nascondente) che percuote e scuote. *Attendere* (dal latino *ad-tendere*, nel senso di “tendere verso”) evoca la dimensione di un’attesa, che è anche un muoversi verso qualcosa, con l’obiettivo di raggiungere un fine, uno scopo. *Stanza*, al contrario, indica l’atto dello “stare fermi in un luogo” e, legandosi all’immagine di un’attesa che esprime fissità in un punto, contrasta con la precedente tensione, evocando l’idea dell’incertezza e dell’ambivalenza del desiderio; come, d’altra parte, i termini *iniziare* e *finire*. *Commento*, derivando dal latino *cum-mentem* (con la mente) sembra rimandare a ciò che è fatto o detto con intenzione e ragione; ciò se, da un lato, ha a che fare con la dimensione del colloquio clinico, dall’altro evoca l’idea di un giudizio (la certificazione diagnostica) o di un’opinione espressa “dietro le spalle”, introducendo, così, la dimensione del sospetto ben rappresentata anche da *credere*. Quest’ultimo termine, infatti, (dal latino *credĕre*, ritenere vero) anticamente indicava “l’assaggio dei cibi destinati ad un alto personaggio per dimostrare che non erano avvelenati” (Cortelazzo & Zolli, 1999, p. 411) e sembra dunque collegato alla possibilità di riporre fiducia in qualcuno. *Invito*, infine, rimanda ad una posizione duplice ed ambivalente: se, da un lato, si lega alla dimensione del “dare ospitalità”, la derivazione latina *invitus* (“che agisce malvolentieri, contro voglia, per forza”) sembra, al contrario, rimandare all’idea di un’azione forzata e involontaria, frutto di una spiacevole costrizione.

Le variabili che troviamo associate al cluster in oggetto (tab. 2) indicano una relazione tra *operatori* (di entrambi i sessi) *in formazione specialistica* e persone transessuali MtoF e FtoM, secondo una *relazione di genere* “conforme”, ma “invertita” in base al sesso<sup>20</sup> e *modalità d’intervento* sostanzialmente lunghe, conclusesi con la consegna della certificazione diagnostica. Come dire che una dimensione emozionale fortemente caratterizzata da ambivalenza sarebbe particolarmente presente nei resoconti degli psicologi in formazione specialistica; un’ambivalenza che, alla luce del percorso semantico proposto, in primo luogo sembra riconducibile alla relazione nei termini del suo forte impatto iniziale (una dimensione di esteriorità manifesta che, tradendo l’interiorità nascosta, ma ben radicata, colpisce e confonde), in questa direzione andrebbe anche l’elaborazione, presumibilmente difficile<sup>21</sup>, della “conformità del genere” nella relazione clinica. In secondo luogo, l’ambivalenza sarebbe ascrivibile sia allo spazio del colloquio clinico, sia al complesso iter istituzionale di conversione medico-legale del sesso, in cui l’intervento psicologico va ad inserirsi, nella misura in cui sembrano emergere elementi contraddittori, forse collegabili

---

<sup>20</sup> Apparirà forse difficile -e a tratti paradossale- ragionare in questi termini, dal momento che solitamente il sesso anatomico e gli attributi della mascolinità e della femminilità (di genere), come parte del sentimento d’appartenenza ad un sesso o ad un altro, coincidono. Nel transessualismo, tuttavia, non è così. Pertanto un suggerimento può essere quello di ricordare che, in questo caso, esiste una scissione e ad un’opposizione tra sesso anatomico (corporeo) e genere psichico e/o culturale (inteso sia come esteriorità: il mostrarsi come maschio o femmina, sia come interiorità: il sentire d’essere maschio o femmina). La situazione dunque si complica quando la si affronta da una prospettiva di relazione (dalla quale è ovvio che il lavoro psicologico non può prescindere), quando, cioè, è necessario tenere in considerazione quel che, ad un livello più profondo, il confronto tra i due sessi e i due generi attiva. Pertanto i termini “conformità” e “inversione” non stanno, in questo caso, ad indicare la dimensione individuale, bensì quella “relazionale”.

<sup>21</sup> A tal proposito si rimanda alla riflessione proposta da Valerio & al. (2000) sul controtransfert con soggetti transessuali, in cui si pone in evidenza quanto la relazione tenda ad incentrarsi sullo “sguardo”: da un lato, la “compulsiva necessità da parte della persona transessuale di *catturare lo sguardo dell’altro*” (dell’operatore), uno sguardo che consenta di *dare sostanza* alla propria esistenza; dall’altro, la fastidiosa percezione avvertita dall’operatore, di uno sguardo che *deruba* (espropriandolo delle sue qualità “di genere”) o che *addobba* (invadendo l’altro di ciò che, per il soggetto transessuale, rappresenta l’immagine di genere conforme al proprio essere).

all'incertezza e alla "forzosità" di un percorso di "tensione verso" e, insieme, di arresto (probabilmente riconducibili alla persona transessuale come all'operatore; in questo senso ciò si potrebbe legare anche ad una modalità d'intervento prolungata che, rimanendo talvolta vincolata alla certificazione diagnostica, può configurarsi come ambivalente: non più soltanto diagnosi, non ancora psicoterapia). Infine, l'ambivalenza si esprimerebbe anche nel sospetto e nel giudizio, nell'intento di riporre reciprocamente fiducia nell'altro e nel lavoro con l'altro, di credergli ed essere creduto (il giudizio, in questo caso, non riguarderebbe unicamente la persona transessuale in attesa di una valutazione diagnostica, ma anche lo psicologo in formazione, il cui operato andrà resocontato e supervisionato).

Sembrerebbe, dunque, che l'isotopia semantica sinora presentata, si associ significativamente a resoconti redatti da operatori in formazione specialistica e raffiguri una simbolizzazione della relazione e del contesto in termini di forte ambivalenza.

Il **cluster II** (*madre, padre, femminile, casa, legare, chiamare, morire, diventare*) sembra poter definire la dimensione semantica dell'**origine, tra rottura e trasformazione**. Termini come *madre, padre, femminile* (da *fecundus*, evocativo di una dimensione di generatività), *casa* (rappresentazione di un elemento che contiene, racchiude, ma anche di quel che "dà nome", il casato, che designa, identifica e, insieme, definisce l'appartenenza), evocano la dimensione della nascita, delle origini. Così *chiamare* che, oltre ad un'idea di relazione, rimanda all'operazione del "metter nome a qualcuno". *Legare*, che di primo acchito rimanda all'idea di relazioni solide e, insieme, ad una dimensione avvolgente (rassicurante o forse costrittiva), nel suo etimo latino rimanda anche a quel che "è disposto secondo legge". Un significato che appare fortemente evocativo in questo contesto d'intervento e che sembra ancor più indicativo se lo leghiamo semanticamente alla dimensione delle origini, sinora rappresentata e a quella del *morire* e del *diventare* (dal latino *divenire*, acquistare forma o condizioni nuove, diverse dalle precedenti).

Anche in questo caso la variabile *specializzando* appare associata al cluster in questione (tab. 2), sebbene con scarsa significatività, insieme ad una *relazione di genere* "invertita", ma "omosessuata" in base al dato anatomico e a *modalità d'intervento* sostanzialmente caratterizzate da una precoce interruzione del lavoro psicologico, che appaiono invece abbastanza significative. Questa isotopia semantica, rappresentata da tematiche inerenti una dimensione generativa, trasformativa e insieme mortifera, di riconoscimento e "nominazione", sembrerebbe più strettamente associata con i resoconti redatti da operatori, di sesso maschile, in formazione specialistica (oltretutto anch'essi alle prese con le proprie dinamiche di riconoscimento identitario, soprattutto sul piano professionale). In questo caso, però, ciò che appare forse significativo, è l'associarsi di queste tematiche -evocative di una "rottura", di una "interruzione"- con una precoce interruzione del lavoro psicologico, riproposta ed agita, dunque, anche nello spazio clinico e con una relazione di genere che, presumibilmente, attiva nell'operatore (dello stesso sesso biologico della persona transessuale) dinamiche legate alla trasformazione del corpo, alla perdita, alla rinuncia di parti di sé, del proprio passato e di quel che potrebbe essere il proprio futuro.

In questo caso, l'isotopia descritta poc'anzi sembrerebbe rimandare ad aspetti contenutistici del colloquio psicologico, a resoconti che (forse sia per la specifica configurazione di genere nella relazione, sia per il percorso formativo degli operatori) colgono e narrano in una prospettiva storica (ed evolutiva) l'avvio della relazione e gli aspetti della vita della persona transessuale, presentando una simbolizzazione della relazione e del contesto nei termini di quel che definisce sé e l'altro, dando inizio e fine alla relazione.

L'isotopia semantica individuabile nel **cluster III** (*cambiamento, ora, psicologo, operare, trans, medico, nome, ormone, dopo, realtà, nascere, negare, sbagliare, errore, esistere, documento*), richiama i contenuti della domanda posta dalla persona transessuale, le figure istituzionali e le modalità del cambiamento proposto nell'iter medico-legale, esprimendo l'idea di un **intervento come correzione**. L'attualità (*ora*) di un *cambiamento* di cui si necessita -di nome, di realtà (sarebbe da chiedersi di quale realtà si tratti, se di quella interna o di quella esterna)-, onde negare e correggere un precedente errore (così viene definito "lo sbaglio" commesso un tempo dalla natura che plasmò un corpo "inesatto"), predispone al

dopo, alla possibilità di “avere vita”. Un *nascere* ed un *esistere*, inteso come “levarsi fuori, apparire” (dal latino *ex-sistere*) e come “essere e sentirsi” nel tempo e nella realtà, che appaiono possibili solo se in relazione ad una *trans-formazione* e soltanto se comprovati da una nuova, “corretta” testimonianza (*documento*) di sé, correttivo di un precedente errore e traguardo di un insostenibile, quanto angosciante, vagabondare senza senso e senza meta (*errore* da errare, “vagare senza meta”).

Le variabili associate al cluster in oggetto (tab. 2) indicano una sua forte relazione con *modalità d'intervento* brevi, circoscritte e mirate (*counselling*) e con resoconti redatti da *operatori specialisti*. Minore è, invece, l'indice di associazione con una *relazione di genere* “conforme”, ma “invertita” in base al sesso e, ancor meno, con una relazione tra operatrici e transessuali FtM, ovvero dello stesso sesso d'origine. Pertanto, il dato più significativo sembra riguardare proprio la presenza di un'associazione tra i resoconti di operatori specialisti, modalità d'intervento brevi e “finalizzate” e tematiche relative alla dimensione dell'intervento inteso come correzione, ovvero ai contenuti della domanda posta all'operatore, per come è presentata dal soggetto transessuale e per come è inserita nell'iter istituzionale (che prevede l'assegnazione di un posto per l'intervento psicologico entro cui questo viene collocato). In questo caso, dunque, la simbolizzazione affettiva della relazione e del contesto, associata con i resoconti degli operatori specialisti, si rappresenta nell'immagine del cambiamento come correzione.

Il **IV cluster** (*raccontare, incontro, spiegare, amica, difficoltà, percorso, silenzio, comunicare, aiutare, paura, parola, comprendere*) individua la dimensione semantica della **relazione come percorso**. Sin dal primo termine, *raccontare* (dal latino *contare*), viene evocata la dimensione della narrazione entro lo spazio del colloquio psicologico, così come della narrazione di sé e dell'altro da sé, nel resoconto clinico. La simbolizzazione affettiva dell'*incontro*, con le sue *difficoltà, paure* e *silenzi*, si colloca tra il “venirsi incontro”, il congiungersi e “l'andare contro” (dal latino *in-contra*), lo scontrarsi, connotando una dimensione certamente ambivalente, forse troppo gravosa, entro la quale, tuttavia, emerge l'idea di una condivisione. Così *comunicare*, nell'accezione di “rendere comune” (dal latino *communem*, letteralmente “che compie il suo incarico insieme con altri”) e l'*ex-plicare* (*spiegare*), nel senso di svolgere, sciogliere, sembrano riferirsi a ciò che viene sciolto e rivelato, messo in *parola*, in un difficile percorso di condivisione (di un comune compito) e *comprensione* (dal latino *comprehendere*, “prendere con”); un percorso che, se da un lato rimanda ad una dinamica paritaria, *comprensiva* ed *amichevole*, del fare e condividere insieme, dall'altro sembra aprire alle possibili funzioni del lavoro psicologico come “presa in carico”.

Le variabili che maggiormente risultano associate a questo cluster presentano un nesso tra resoconti redatti da *operatori specialisti*, di sesso femminile e *modalità d'intervento* lunghe, conclusesi però con una precoce interruzione della relazione. L'isotopia semantica descritta appare evidenziare una dimensione relazionale emotivamente densa, piena di contenuti che ad essa sembrano riferirsi, così come alle sue possibili funzioni; una dimensione che, oltretutto, sembra tenere insieme aspetti relativi alla dinamica del colloquio clinico e alla stesura del resoconto, da “intervisionare” nello scambio *comunicativo* (ovvero di un lavoro comune).

La simbolizzazione affettiva della relazione e del contesto, dunque, in questo caso sembra definirsi nei termini di un raccontare/raccontarsi, che si fonda sulla condivisione di un percorso.

Infine, la **V isotopia semantica** (*rapporto, omosessualità, cenno, gesto, foto, immagine, progetto, chiusura, protocollo, occhiale, violenza, prostituzione*) identifica la dimensione di un **linguaggio incarnato**. Il primo termine, *rapporto*, evoca l'idea di un “resoconto scritto che contiene fatti da far conoscere” (Cortelazzo & Zolli 1999, p.1321), questo, insieme a *protocollo*, rimanda con chiarezza ad uno dei compiti che l'operatore è tenuto a svolgere<sup>22</sup>,

---

<sup>22</sup> Così viene abitualmente chiamato il resoconto del colloquio, oggetto delle discussioni in gruppo. E' interessante che venga usato soprattutto in questa accezione che, com'è noto, rimanda ad un insieme

ma anche ad una relazione che si realizza in funzione di un “fare rapporto”, all’idea di un giudizio, di una dimensione terza che funge da referente/committente istituzionale per entrambi gli attori della relazione. *Foto, immagine, occhiale*, rimandano all’idea di una lente attraverso cui si coglie e si presenta l’esteriorità del corpo, ma anche a quel che può mistificarla o appiattirla, fissandola in una dimensione bidimensionale, di superficie, priva di profondità; laddove il corpo, nella sua apparenza ed esteriorità, diventa non una parte ma il tutto, non un aspetto di sé ma ciò che è *interamente* il sé. Come *progetto* che, al di là del suo comune utilizzo, implica l’idea di quel che viene “messo, gettato innanzi” (dal latino *projcĕre*) e mostrato, esibito, usato; come *prostituzione* (da *prostituĕre* “porre davanti, esporre”), che rimanda ad una dimensione della sessualità come *violenza* sul corpo, così il corpo, in quanto *cenno* e *gesto*, viene esposto, presentandosi concretamente anche nella dimensione dell’incontro, nell’impossibilità di trovare rappresentazione e significazione.

Le variabili che si associano a quest’ultima isotopia semantica legano la tematica del linguaggio incarnato alla presenza di resoconti redatti da *operatori*, di sesso maschile, *in formazione specialistica*, ad una *relazione di genere* “invertita”, ma “conforme” rispetto al sesso e, infine, ad una specifica *modalità d’incontro* che, sebbene svincoli -apparentemente- una relazione psicologica di più lunga durata, “di accompagnamento”, dalla consegna della certificazione diagnostica (di fatto prodotta dopo pochi colloqui), ad essa sembra rimanere indissolubilmente legata. Un legame che sembra potersi evidenziare sia nell’interruzione precoce del lavoro psicologico proposto dopo la consegna del certificato, sia nel riferimento alla stesura del protocollo che, redatto per la supervisione (e in questo caso appare chiaramente il nesso con i resoconti degli operatori in formazione) e la discussione sull’intervento, costituisce la base di quel che, attraverso la certificazione diagnostica, verrà *restituito* al paziente e alla committenza istituzionale. Infine, la dimensione di una corporeità *agita ed oggettivata* che, veicolando un’affettività “concreta”, si propone con urgenza ed irruenza, sembra pervadere lo spazio del colloquio e, sul piano contenutistico ed emotivo, anche il resoconto clinico, mettendo in scacco (ancor più, forse, in questo tipo di “relazione di genere”) le funzioni del pensiero e della rappresentabilità<sup>23</sup>.

Si raffigura, pertanto, una simbolizzazione della relazione e del contesto come linguaggio incarnato, che in sé racchiude l’idea di una concretezza agita e vissuta nel “fare rapporto” con l’altro.

Tab. 2 – INDICI DI ASSOCIAZIONE (CHI <sup>2</sup> ) CLUSTER E VARIABILI			
ISOTOPIE SEMANTICHE	OPERATORE	RELAZIONE DI GENERE	MODALITA' INCONTRO
Cl. 1 Lo spazio dell’ambivalenza	in formazione (152,53)	Sesso op. F – sesso trans. M (92,78) Sesso op. M – sesso trans. F (57,53)	LTC (513,33) LC (102,17)

di regole da seguire e formule iniziali “comprendenti invocazione, iscrizione e salutatione” (Cortelazzo & Zolli 1990, p.1276) da rispettare in alcuni contesti formali. Appare significativo che, in ogni caso, l’idea del resoconto (anche nell’accezione di protocollo) implichi una forte referenzialità, ovvero il rimando a qualcuno o, più ampiamente, ad una dimensione terza, contestuale, cui è necessario fare riferimento e rendere conto.

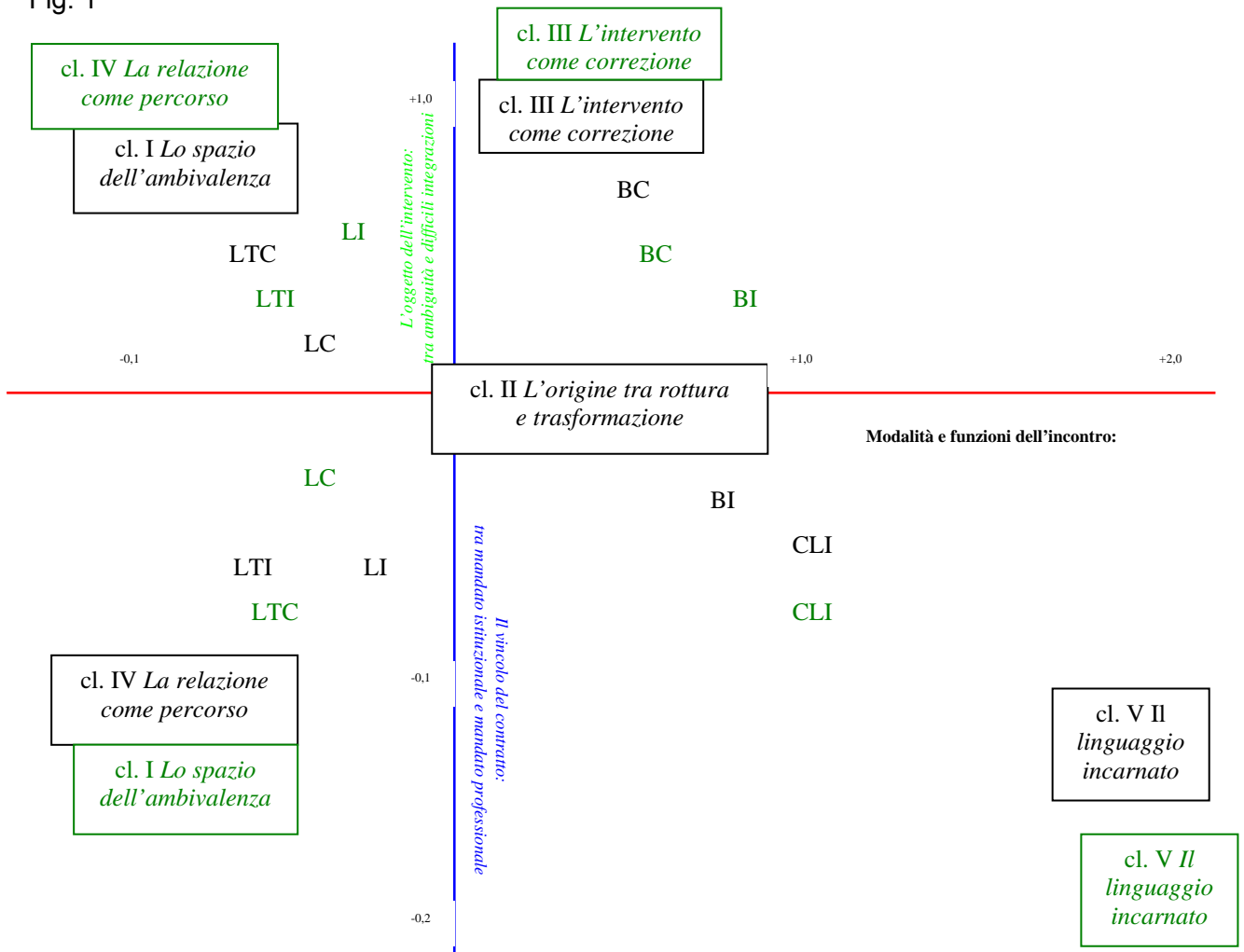
<sup>23</sup> Si ricorda quanto Valerio *et al.* (2000) sottolineano in proposito: “la dovizia di particolari, la modalità “viva” e provocatoria del suo [soggetto transessuale] racconto crea un certo turbamento nell’operatore, che si sente avvolto in “un’atmosfera erotizzata”, ma che sembra possedere in sé una qualità inconsueta, non definibile, difficilmente riconducibile ad altre sensazioni”; un’erotizzazione che esprime un “attacco al legame”, in quanto la modalità concreta e provocatoria del racconto sembra produrre, nell’operatore, uno svuotamento ed un arresto nella possibilità di pensiero e simbolizzazione. In questo senso torna alla mente anche la riflessione proposta da Quinodoz (2002) a proposito di quel “linguaggio che tocca” -un linguaggio che non si limita a comunicare verbalmente pensieri, ma che riattiva sensazioni corporee ed esperienze sensoriali dimenticate- che l’autrice trova necessario per entrare in contatto con quei soggetti che hanno difficoltà nell’elaborazione simbolica degli affetti e nella traduzione di questi in parole.

Cl. 2 L'origine tra rottura e trasformazione	in formazione (4,21)	sessu op. M – sesso trans. M (180,19)	CLI (226,90) BI (62,57)
Cl. 3 L'intervento come correzione	specialista (138,66)	sessu op. M – sesso trans. F (48,01) sessu op. F – sesso trans. F (10,21)	BC (409,02)
Cl. 4 La relazione come percorso	specialista (230,05)	sessu op. F – sesso trans. F (12,38) sessu op. F – sesso trans. M (150,65)	LI (311,32) LTI (162,85) LC (10,86)
Cl. 5 Il linguaggio incarnato	in formazione (70,73)	sessu op. M – sesso trans. M (195,14)	CLI (562,41)

A questo punto, avendo *interrogato* il corpus in base alle variabili che definiscono le modalità in cui si è svolto il colloquio psicologico, occorre procedere con l'interpretazione della disposizione (che evidenzia l'associazione o l'opposizione) delle isotopie semantiche (raffiguranti i diversi modelli di simbolizzazione della "relazione nel contesto" e del "contesto nella relazione") nello spazio tridimensionale<sup>24</sup> rappresentativo delle dimensioni contestuali dell'intervento.

<sup>24</sup> Proiettati sullo spazio fattoriale definito dalle variabili *modalità d'incontro* prese in esame (fig. 1), i cluster sono stati analizzati in base ai primi tre fattori, che consentono di interpretare il 60,03% dell'inerzia totale. Le percentuali degli autovalori di ogni singolo fattore sono così distribuite: I fattore 23,67%, II fattore 18,55%, III fattore 18,08 %.

Fig. 1



**Fattore I (asse delle X)** Proiettando i cluster sull'asse delle X si evidenzia l'opposizione tra cl. V (in nero) e la coppia cl. I-IV (in nero), modalità più brevi d'intervento BC-BI-CLI (in nero) e modalità di più lunga durata LC-LTC-LI-LTI (in nero). **Fattore II (asse delle Y)** Proiettando i cluster sull'asse delle Y si evidenzia l'opposizione tra la coppia cl. I-III (in nero) e la coppia cl. IV-V (in nero), modalità di intervento che si concludono con la consegna della certificazione diagnostica BC-LC-LTC (in nero) e relazioni che si interrompono precocemente BI-LI-LTI-CLI (in nero). **Fattore III (asse delle Y nella relazione fattore 1 asse X – fattore 3 asse Y)** La posizione dei cluster e delle variabili sul III fattore (in verde), evidenzia un ribaltamento per quanto concerne i cl. I e IV e le modalità d'intervento che ad essi sono associate. In questo caso, infatti, si evidenzia l'opposizione tra la coppia cl. I-V e la coppia cl. III-IV (in verde),

Come si rende evidente (fig. 1), la dimensione simbolica ed emozionale raffigurante la relazione ed il contesto come *origine tra rottura e trasformazione* (cl. II) si colloca in una posizione che esprime un contributo poco significativo nell'organizzazione dello spazio fattoriale; ciò si spiega considerando che, probabilmente, trattandosi di una dimensione molto significativa nell'ambito dell'intera problematica transessuale, sia per quanto concerne i contenuti narrati e resocontati (le storie di vita delle persone transessuali sembrano incentrarsi notevolmente sugli aspetti relativi alla dimensione familiare, alla rottura col passato e al bisogno di nominazione e riconoscimento di sé), sia per quanto attiene alla dinamica relazionale che si dipana dentro e fuori la stanza del colloquio (in tal senso si rimanda a quanto evidenziato nella precedente interpretazione di questa isotopia semantica), questa dimensione satura quasi del tutto l'isotopia del discorso.

Lungo il I asse fattoriale (asse delle X) sembrano declinarsi *modalità e funzioni dell'incontro: tra trasformatività e coartazione*. Una modalità di intervento di breve durata, caratterizzante una dimensione in cui il *linguaggio del corpo* -veicolo di agiti- sembra coartare il pensiero, nello spazio di una relazione fortemente vincolata ad una dinamica referenziale (nell'ambito dell'emissione di un giudizio/valutazione su di sé e sull'altro), si oppone a modalità d'incontro di più lunga durata, dove lo *spazio dell'ambivalenza*, su un piano individuale e relazionale, in una dimensione di *relazione* intesa *come percorso*, sembra trovare una possibilità di elaborazione e comprensione, in funzione dell'attivazione di un processo di pensiero trasformativo.

Come dire che se, da un lato, sembra potersi evidenziare il polo della "relazione" (l'ambivalenza che connota la dimensione individuale e relazionale, percettiva e desiderativa insieme alle funzioni di una relazione che si fa racconto, percorso, condivisione), dall'altro sembra emergere il polo del "contenuto", esibito ed ostentato nella sua concretezza, senza possibilità di tradursi in pensiero, rappresentazione.

Il II fattore (asse delle Y) sembra definire, invece, la dicotomia del *vincolo del contratto: tra mandato istituzionale e mandato professionale*. Su questo asse, infatti, modalità d'intervento conclusesi con la consegna della certificazione diagnostica, caratterizzanti le dimensioni emozionali dell'*ambivalenza* e dell'*intervento* inteso *come correzione* e nuova attestazione di sé, si oppongono a relazioni precocemente interrotte, caratterizzanti l'incontro tra le dimensioni del *linguaggio incarnato* e della *relazione come percorso*. Quest'ultima dimensione emozionale sembra illustrare il tentativo di promuovere, nel contesto dell'intervento psicologico, un pensiero *sul* corpo, un processo di elaborazione della corporeità agita e, dunque, di dilazione dell'urgenza, di sospensione dell'azione in funzione di una possibilità di significazione, che se può rispondere ad un "mandato professionale", non può sempre coincidere con un "mandato istituzionale".

Da una parte, sembra quindi evidenziarsi un tentativo di connessione tra il "contenuto" e la "relazione", tra la mente ed il corpo, tra il pensiero e l'azione, come rappresentazione di una delle funzioni dell'intervento psicologico (soprattutto in una prospettiva psicodinamica, che invita ad un pensiero riflessivo in luogo di una modalità *agita*), ma che, in questo caso, esita nell'interruzione precoce del percorso. Dall'altra parte, invece, sembra emergere una dimensione della relazione che si dispiega nel *qui ed ora* dell'intervento, entro il contesto istituzionale di cui è parte e che, dunque, risponde alla domanda posta in origine, con gli strumenti di cui la psicologia clinica dispone; sebbene, in questa dinamica, la "promessa del certificato" possa rappresentare ciò che vincola la relazione (d'altra parte sospetto e ambivalenza sembrano potersi legare alla forte referenzialità implicata nella situazione).

Infine, il III fattore sembra evidenziare l'*oggetto dell'intervento: tra ambiguità e difficili integrazioni*. In questo caso, infatti, una modalità di relazione precocemente interrotta (fa eccezione la modalità BC), caratterizzante l'incontro tra la dimensione della *relazione come percorso* e dell'*intervento come correzione*, si oppone a modalità d'intervento che vedono la consegna del certificato, caratterizzanti lo *spazio dell'ambivalenza* ed il *linguaggio incarnato*. Una dimensione emozionale, questa, che se da un lato sembra proporre il corpo come oggetto d'intervento, in uno spazio di pensiero fortemente connotato da ambivalenza e referenzialità, dall'altro propone l'intervento stesso, ed il cambiamento a cui rimanda in



termini “correttivi” (forse rispondenti ad un’istanza interventista) ed “elaborativi” (forse promossi da un’istanza curativa), come oggetto di riflessione entro un percorso di lavoro comune. In quest’ultimo caso, tuttavia, la relazione sembra cedere interrompendosi precocemente; laddove, al contrario, trova successo una modalità d’intervento più breve e mirata (BC) che risponde alle richieste di un iter precostituito, forse attenendosi più conformemente ad esso.

Come dire che l’oggetto dell’intervento si rappresenterebbe, da una parte, nel lavoro sulla possibile integrazione tra il percorso di riflessione psicologica e l’iter istituzionale (o tra “mandato professionale” e “mandato istituzionale”, che prima si definivano per opposizione); mentre, dall’altra parte, l’oggetto dell’intervento si situerebbe nel lavoro sulla dimensione evacuativa del corpo che (come materialità ed esteriorità) si propone a livello contenutistico e relazionale come vincolante e potenzialmente costringente (corpo e certificato come oggetti *concreti* dell’intervento).

#### 4. *Riflessioni conclusive.*

Le potenzialità di realizzazione dell’operare clinico, che si esplicano nell’interazione tra gli attori della relazione, pur trovando origine nel combinarsi delle diverse soggettività, non possono prescindere dalla funzione “istituente” e “significante” che il contesto psicologico dello scambio svolge, con le sue regole esplicite e con l’articolarsi di realtà, livelli e dimensioni affettive. Il resoconto clinico, che sorge come prodotto dell’intreccio relazionale e contestuale, sembra farsi portavoce di questo complesso impasto, dal momento che, proprio per le finalità che ne animano la realizzazione, esso racchiude in sé, come in un amalgama, livelli (intenzionale ed emozionale), realtà (interna ed esterna), dimensioni (individuale, relazionale ed istituzionale). Oggetto della riflessione diventa, dunque, la possibile significazione dell’operare clinico attraverso la sua resocontazione e, attraverso l’analisi del prodotto di questa attività e funzione, l’interpretazione di quei processi collusivi (Carli & Paniccia, 2002) che rappresentano la matrice simbolica (emozionale, affettiva) della relazione agita entro il contesto.

Lo scenario sinora descritto rende dunque possibile la tessitura di più livelli interpretativi.

Nel primo, i diversi modelli di simbolizzazione della relazione e del contesto possono essere letti in connessione con l’esperienza e la formazione professionale degli operatori scriventi. I resoconti redatti dagli psicologi in formazione specialistica sembrano legati, con un certo grado di associazione, a dimensioni contenutistiche e relazionali, che appaiono inerenti allo spazio del colloquio clinico e alla successiva resocontazione, nelle sue molteplici valenze (supervisione, riflessione che orienta l’intervento, restituzione). Sicché i modi di simbolizzare la relazione nel contesto ed il contesto nella relazione (raffigurando un’idea di forte ambivalenza, di concretezza agita e vissuta nel “fare rapporto” con l’altro e di definizione, come origine, rottura e trasformazione, di sé e dell’altro) sembrano presentare una dimensione forse più autocentrata o, in una dinamica speculare, centrata su di sé e/o sul cliente. Se ciò può esser messo in rapporto con una condizione di difficoltà operativa di natura “evolutiva” che, certamente legittimata da un’identità professionale in via di definizione, rende incerta l’assunzione del ruolo e impregna di forte referenzialità la realizzazione del compito, probabilmente va anche letto in relazione al complesso intreccio “contestuale” (la sofferenza psicopatologica, l’ideale operativo e l’ambigua domanda d’intervento), di cui l’attenzione ai contenuti e alla dinamica relazionale rappresenterebbe un possibile aspetto difensivo. Nei resoconti redatti da operatori specialisti, invece, lo sguardo sembra poter volgere più criticamente alla relazione clinica nel suo legame con la domanda e con il contesto dell’intervento. Sicché, laddove il ruolo e l’esperienza maturata rendono meno incerta la propria operatività, i modelli di simbolizzazione tenderebbero a concentrarsi sulle condizioni di attuazione del proprio intervento nel contesto, forse presentando ed interrogando le possibili, diverse funzioni del lavoro psicologico (percorso di riflessione o “correzione”) per come esso può realizzarsi all’interno del complesso iter istituzionale.

La seconda proposta interpretativa considera, invece, la configurazione di diverse modalità in cui è possibile rapportarsi all'intervento nel contesto, consentendo una riflessione sulla possibile matrice di significato affettivo che, condivisa dagli individui che sono parte di quel contesto, ne guida l'intervento. In questo caso, tenendo conto che i modelli di simbolizzazione, che indicano il modo in cui si opera, riflettono l'incontro tra un modello di riferimento teorico ed operativo (in questo caso psicodinamico), un oggetto (il proprio compito, l'intervento) ed un contesto (la domanda, la dimensione gruppale e quella istituzionale), abbiamo visto intrecciarsi tre possibili prospettive che, inoltre, sembrano poter disegnare una continuità evolutiva. Da un vertice, evidenziando la centratura sulla lettura psicodinamica sia della patologia transessuale, sia delle funzioni dell'operare clinico, si delinea un intervento che si definisce tale, nelle sue funzioni, nella misura in cui alla coartazione del pensiero, che si realizza nello spazio dell'urgenza desiderativa ed operativa, contrappone la rappresentabilità e la traducibilità comunicativa. Dall'altro, la messa in campo delle funzioni trasformative del lavoro psicologico/psicodinamico sulla corporeità agita, nello scontro con le istanze correttive precostituite entro l'iter di cambiamento, prefigura una modalità operativa che sembra declinarsi nell'opposizione vincolante tra ideale curativo e realtà dell'intervento; nell'oscillazione, cioè, tra due possibili configurazioni in risposta alla domanda d'intervento: operatore salvifico o impotente smistatore?

Infine, da un terzo vertice, l'intervento psicologico sembra potersi rappresentare nell'opposizione tra una potenziale flessibile apertura alle condizioni attuative del "cambiamento" (curativo-correttivo), entro il contesto (in quella che, oltretutto, si è evidenziata come la prospettiva dell'operatore specialista) ed una più esitante posizione di chiusura sulla concretezza operativa (nella prospettiva relazionale dell'operatore in formazione). Così, se l'associazione tra la dimensione di un intervento a valenza curativa e di un'intenzionalità correttiva prefigura, nella fusione delle istanze, il possibile rischio di una simbolizzazione del proprio intervento nei termini di una "salvifica totipotenza", la possibile integrazione tra questi aspetti testimonia, d'altro canto, l'apertura ad un lavoro di riflessione critica sul significato, sulle funzioni e sulla realizzabilità del proprio intervento e ad un dialogo tra diverse istanze, modalità operative e finalità (medico-legali e psicologiche, che nell'opporci rischiano improduttivamente di perpetuare l'inconciliabilità tra corpo e mente, sesso e genere). Parallelamente, se il lavoro sugli oggetti concreti dell'intervento (il corpo mutilato e la richiesta del certificato) nella simbolizzazione di una relazione e di un contesto connotati da ambivalenza (individuale, relazionale ed operativa) e da referenzialità vincolanti, sembra indicarne il possibile rischio collusivo, la sua elaborazione ne rappresenta la potenziale evoluzione.

Se l'ambiguità della pretesa, in un oscuro ed ingannevole processo di delega ai rappresentanti del "fattore psico", vincola l'agire clinico (che vi risponde, così, implicitamente, avendo letto l'arroganza del presupposto o l'inconciliabilità delle vedute), convogliandolo nella concessione impotente o nell'opposizione salvifica, la potenziale valenza trasformativa cui la consapevolezza di ciò mira, protegge e, com'è noto, rompendo la fantasia collusiva (Carli & Paniccia, 2002), apre a nuove possibilità maturative.

Sicché, se il difficile incontro tra psicologo e persona transessuale sembra forse rimandare ad una più complessa possibilità d'integrazione, quella di mente e corpo, genere e sesso, intervento psicologico e percorso medico-legale, l'oggetto dell'operare clinico, entro il contesto, si prefigura nella potenziale elaborazione delle sue funzioni, così come dei suoi vincoli.

### *Bibliografia*

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press (trad. it. Il fenomeno transessuale, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1968).
- Boursier, V. & De Rosa, B. (2006). Qualche spunto di riflessione sulla femminilità e l'identità di genere: una base per la problematica del transessualismo. A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 49-86). Milano: FrancoAngeli.
- Boursier, V. (2007). Corpo e genere nel transessuale. *La camera blu, rivista del dottorato di studi di genere*, 2: 40-50. Napoli: Filema.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. [Changing the sex]. Paris: Editions Odile Jacobs.
- Cortelazzo, M. & Zolli, M.A. (Eds). (1999). *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*. Milano: Zanichelli.
- Dazzi, N., Lingiardi, V. & Colli, A. (Eds) (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos de la tecnica psicoanalítica*. [The principles of PsychoAnalytic technique]. Buenos Aires: Amorrortu Editores (trad. it. I fondamenti della tecnica psicoanalitica, Astrolabio, Roma, 1990).
- Fornari, F. (1979). *I fondamenti per una psicoanalisi del linguaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freda, M.F. (2004). Metodi narrativi e formazione professionale: connettere e contestualizzare. In B. Logorio (Ed.) *Psicologie e cultura: contesti, identità, interventi* (pp. 263-287). Palermo: Carlo Amore.
- Freud, S. (1919). *Das unheimliche*. [The uncanny]. Sigmund Freud Gesammelte Werke. Frankfurt, S. Fisher Verlag GmbH (trad. it. Il perturbante, Opere Sigmund Freud, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1970).
- Galiani, R. (2005). *Un sesso invisibile. Sul transessualismo in quanto questione*. Napoli: Liguori.
- Gill, M. (1994). *PsychoAnalysis in transition*. Hillsdale, New Jersey, USA: The Analytic Press (trad. it. Psicoanalisi in transizione. Raffaello Cortina, Milano, 1996).
- Lancia, F. (1990). Prassi e resoconto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia clinica*, 1: 52-64.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi: Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: FrancoAngeli.

Lothstein, L. (1983). *Female-to-male transsexualism*. Boston, London, Melbourne, Henley: Routledge & Kegan Paul.

Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets: an essay in biologic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd (trad. it. L'inconscio come insiemi infiniti: un saggio sulla biologica. Einaudi, Torino, 1981).

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in Hypadrenocorticism: psychologic findings, in *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 96.

Nunziante Cesàro, A. & Chiodi, A. (2006). Quale identità di genere?. In A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 184-194). Milano: FrancoAngeli.

Nunziante Cesàro, A. & Valerio, P. (Eds.). (2006). *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni*. Milano: FrancoAngeli.

Quinodoz, D. (2002). *Des mots qui touchent*. [Words that touch]. Paris: Presses Universitaire de France.

Reiche, R. (2004). *Genere senza sesso* [Gender without sex]. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Salvatore, S., Freda, M.F., Logorio, B., Iannaccone, A., Rubino, F., Scotto di Carlo, M. & al. (2003). Socioconstructivism and theory of the unconscious: a gaze over a research horizon. *European Journal of School Psychology*, 1,1.

Salvatore, S. (2004). Inconscio e discorso, inconscio come discorso. In B. Logorio (Ed.) *Psicologie e cultura: contesti, identità, interventi* (pp.129-158). Palermo: Carlo Amore.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: the development of masculinity and feminility*. New York: Science House.

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

Valerio, P., Bottone, M., Caputo, A.P., Caruson, S., D'Ostuni, F.P., Galiani, R. & al. (2000, april). *The relationship between the psychoterapist and the male transsexual patient: a female to rob or a male to "seduce"*. Paper presented at meeting of Millennium Conference dell'EFPP, Oxford, England.

Valerio, P., Bottone, M., Galiani & R., Vitelli, R. (2001). *Il transessualismo*. Milano: FrancoAngeli.

Valerio, P. & Zito, E. (2006). Genesi dei transessualismi maschili: crocevia delle identità nella letteratura psicoanalitica (pp. 87-125). In A. Nunziante Cesàro & P. Valerio, (Eds.), *Dilemmi dell'identità: chi sono?: Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni* (pp. 184-194). Milano: FrancoAngeli.

Vitelli, R. (2001). Transessualismo e identità di genere: l'opera di Robert J. Stoller. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli [Eds.]. *Il transessualismo* (pp. 29-45). Milano: FrancoAngeli.