

**RUBRICA: MEDICINA DI GENERE****Rosalba Spadafora**

Psichiatra, già Docente a contratto di Psichiatria, Corsi di Laurea Infermieristica e Logopedia, Università di Roma Tor Vergata

**Antonio Bernabei**

Psichiatra, già Docente di Psicosomatica, I Scuola Specializzazione "Psichiatria", Università di Roma la Sapienza

**Keywords:**

Disforia di Genere, identità di genere, transsessualismo, bisessualità psichica, psicoanalisi, psicologia analitica

**Corresponding author:**

Antonio Bernabei

Email: ntnbernabei@gmail.com

**Contributions:**

the author(s) made a substantial intellectual contribution, read and approved the final version of the manuscript, and agreed to be accountable for all aspects of the work.

**Conflict of interest:**

the author(s) declare no potential conflict of interest.

**Ethics approval and consent to participate:**

not applicable.

**Patient consent for publication:**

not applicable.

**Funding:**

none.

**Availability of data and materials:**

data and materials are available from the corresponding author upon request.

Received: 24 February 2025

Accepted: 11 March 2025

# DISFORIA DI GENERE: UN TEMA DA COMPRENDERE

## ABSTRACT

This paper examines Gender Dysphoria, in which gender identity does not correspond to the sex assigned at birth. In the major contemporary classifications of mental disorders, Gender Dysphoria appears, but not transsexualism which is its consequence.

For about half a century, the attention of neo-Jungian and neo-Freudian psychoanalysts has focused on Gender Dysphoria and transsexualism, with often alternative and contrasting visions. The blocking of puberty and the possible surgical intervention seem to act out the intrapsychic conflict.

Often after similar endocrinological or surgical interventions, Gender Dysphoria can be attenuated but is not abolished.

This paper examines some of the most significant contributions in literature.

## RIASSUNTO

Questo articolo prende in esame la Disforia di Genere, condizione clinica in cui l'identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. Nelle maggiori classificazioni contemporanee dei disturbi mentali compare la Disforia di Genere, ma non il transsessualismo che ne è la conseguenza.

Sulla Disforia di Genere e sul transsessualismo si concentra, da circa mezzo secolo, l'attenzione degli psicoanalisti neojungiani e neofreudiani, con visioni spesso alternative e contrastanti.

Il blocco della pubertà, e l'eventuale intervento chirurgico, sembrano acting-out del conflitto intrapsichico.

Spesso dopo simili interventi endocrinologici e chirurgici, la Disforia di Genere può essere attenuata, ma non abolita.

L'articolo prende in considerazione alcuni dei più significativi contributi in letteratura.

L'acronimo LGBTQ+, e sue varianti, denomina, per riferimento medico, o scientifico, o giornalistico, Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transessuali (Transgenders, termine inglese molto usato in Italia), Queer e, raggruppati dal segno +, Intersessuali, Asessuali, appartenenti a un Genere Fluida, ecc.

Il termine Queer designa chi vuole essere al di fuori di qualsiasi definizione, ovvero è alla ricerca di una definizione, cioè di una identità.

I cisgender, persone in cui coincidono identità di genere e sesso biologico, non trovano, ovviamente, posto nell'acronimo; il termine indica "qualcuno a proprio agio con il proprio genere biologico <sup>(1)</sup>": comunque, il cisgender non è necessariamente eterosessuale, può essere, in alternativa, omosessuale, bisessuale, asessuale, ma non prevede cambiamento di sesso o degli organi sessuali.

Disforia di genere è la condizione clinica in cui l'identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita: una donna biologica che si sente uomo, un uomo biologico che si sente donna, con sofferenza. Nelle prime due edizioni del DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, American Psychiatric Association) il transgender è classificato, in un ampio gruppo, come Disturbo Psicosessuale; nel DSM III, nella categoria Disturbi psicosessuali compare la sottocategoria Disturbi dell'Identità di Genere, in cui si include il transessualismo.

Nel DSM-IV, del 1994, nella categoria Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere, viene inserito il termine Disturbi dell'Identità di Genere.

Nel 2000, il DSM-IV-TR include, tra i criteri diagnostici, l'età della persona di almeno 5 anni e la durata del disturbo di almeno 6 mesi. Nel DSM-5 del 2013, l'incongruenza di genere è sottratta al novero delle malattie mentali, e l'attenzione è centrata sulla Disforia (sensazione di disagio, infelicità e malessere) associata ad essa, che la caratterizza e la distingue dalle parafilie e da disfunzioni sessuali.

Nel DSM-5-TR del 2022 <sup>(2)</sup> si aggiunge "espressione di genere inappropriata", vale a dire l'inclusione di persone che non necessariamente si identificano con il sesso diverso da quello assegnato alla nascita, ma sono comunque "gender diverse" (i Queer).

Questo criterio diagnostico si accompagna ai criteri diagnostici definiti dal DSM-

5 per la Disforia di Genere: marcata incongruenza tra il genere esperito e le caratteristiche primarie e secondarie del sesso biologico; desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali e, nell'adolescente, di impedire le modifiche somatiche che intervengono alla pubertà; forte desiderio per avere le caratteristiche sessuali del genere opposto; forte desiderio di appartenere al genere opposto, o a un qualche genere alternativo; forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipiche del genere opposto, o di un qualche genere alternativo.

Una Disforia di Genere può verificarsi anche nell'infanzia, associata alla preferenza per giochi e ruoli più tipici dell'altro sesso.

È necessario il riscontro di almeno due dei criteri prima elencati per fare diagnosi di Disforia di Genere. Si noti che, nel DSM-5-TR, la Disforia di Genere viene inserita nel Manuale Diagnostico e Statistico, e dunque tra i disturbi mentali, in quanto disforia (sensazione di disagio, infelicità e malessere), e incongruenza di genere, e non parafilia o disturbo sessuale.

Per non dire di diagnosi improprie, pure riscontrabili nella pratica clinica meno attenta, di Disturbo Schizofrenico o Disturbo della Personalità, basate sulla sola Disforia di Genere.

La Disforia di Genere, comunque, si basa su una incongruenza tra il genere assegnato fin dalla nascita, sulla base della conformazione dei genitali, e in seguito confermato dai caratteri sessuali secondari, e l'identificazione con un genere diverso, più frequentemente quello opposto al genere sessualmente identificato, ovvero quel "gender diverse", che non si identifica né con il genere biologicamente determinato, né con il genere opposto, ma fluttua in una dimensione vaga, senza parametri chiari.

Da ciò, per la persona, disagio, infelicità, malessere, anche gravi, che la persona cerca di contrastare, idealmente cancellare, ricorrendo al travestimento come una sorta di mascheramento di sé, innanzi tutto a sé stessa, a terapie ormonali soprattutto in fase adolescenziale, a interventi chirurgici.

E se la Disforia di Genere, in quanto disforia, può essere mitigata dal travestimento o dai processi di transizione, necessariamente lunghi, penosi e

imperfetti, resta il problema della comprensione psicologica del rifiuto del genere assegnato alla nascita, non obbligatoriamente per ottenere la convivenza pacifica con il genere evidente alla nascita, qualificato dai caratteri sessuali biologicamente determinati, che è difficile da conseguire, quanto per rendersi conto dei processi psicologici individuali dall'infanzia in poi, dell'equilibrio tra Animus e Anima, rispettivamente il lato maschile di una donna e il lato femminile di un uomo <sup>(3)</sup>, e della costruzione della Persona, e dunque delle possibilità di relazione interpersonale, sessuale, sociale.

Da ricordare infine che nell'International Classification of Diseases, pubblicata nel 2019 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la categoria "Disturbi dell'Identità di Genere" è collocata in una sezione a parte, "Incongruenza di Genere", e non più tra i disturbi mentali.

Insomma, le identità transgender e le identità non conformi alle classificazioni ordinarie (come avviene per i Queer, alla ricerca perenne di una identità) possono essere viste come "normali varianti dell'espressione umana".

L'Ermafrodito del mito greco-romano, creatura figlia di Hermes e Afrodite, si trasformò in un essere androgino, per fusione amorosa del corpo con la ninfa Salmace, che, innamorata perdutamente, si gettò su di lui mentre si bagnava in un lago, e si strinse fortemente, e chiese agli Dei di non essere mai separata da lui: secondo le Metamorfosi di Ovidio (43 a.C.-18 d.C.) <sup>(4)</sup>, gli Dei accondiscesero, e dalla fusione dei due corpi risultò un essere androgino, con caratteristiche sessuali miste, seno femminile e genitali maschili.

Ermafrodito non se ne compiacque, e chiese agli Dei di rendere svirilizzante il bagno nel lago in cui Salmace lo aveva sorpreso.

Il tema è stato molto presente nell'antichità romana, e con il nome Ermafrodito si designa una creatura con caratteristiche sessuali miste.

A Pompei è stata rinvenuta una statua di Ermafrodito, I secolo d.C. Sempre a Pompei, un affresco, I secolo d.C., della Casa dei Dioscuri, raffigura Pan con Ermafrodito, che lo afferra per un braccio, mentre Pan afferra un lembo del manto di Ermafrodito, schermandosi con una mano: affresco strappato, e conservato nel Museo Archeologico di Napoli.

Nel fondo Borghese, al Louvre, si possono vedere un Ermafrodito dormiente, disteso prono, solo con il seno intuibile, e un Ermafrodito stante, in piedi, che mostra, in tutta evidenza, sollevando la veste, un pene in erezione e testicoli, iscritti in un corpo femminile, in una posa quasi da esibizionista.

Le statue, II-III sec. d.C., appartenevano al Principe Borghese, che le vendè a Napoleone, con grande dispiacere di Canova. Ancora, un Ermafrodito si conserva, a Roma, alla Galleria Borghese e al Museo Nazionale Romano a Palazzo Massimo, a Firenze agli Uffizi, a San-Pietroburgo all'Hermitage.

Il tema si ritrova in un dipinto di Paolo de Matteis (1662-1728) che ritrae l'atto della fusione del corpo di Salmace che afferra Ermafrodito. "The mountain of Salmacis", brano dei Genesis, 1971, è un affioramento del mito in età moderna. Nella cultura hindu, l'ermafroditismo è quello di Ardhanarishvara <sup>(5)</sup>, fusione di Siva e della dea Parvati nel suo aspetto luminoso, o della dea Kali nel suo aspetto oscuro.

Ardhanarishvara è la sintesi delle energie maschili e femminili dell'universo e illustra che il principio maschile di Dio è inseparabile dal principio femminile: è raffigurato come maschio nella parte destra, e femmina nella parte sinistra, in una statua del Periodo Chola (850-1150); la statua nella metà sinistra ha un seno femminile, i genitali sono coperti, e l'abbigliamento delle gambe a destra è maschile, a sinistra femminile. Nell'Anatolia centro-occidentale i Frigi includevano, tra gli altri dei, Adagoo, con caratteristiche ermafrodite, a volte assimilata con Attis, paredro (chi siede accanto) di Cibele, autoeviratosi <sup>(6)</sup>. E nei riti misterici di Attis, uomini potevano autoevirarsi, donne tagliarsi una mammella: probabile significato era una morte ridotta, che trasferiva energie umane alla natura vegetativa <sup>(7)</sup>.

Una sorta di ermafroditismo autoinferto, con riduzione a uno stato lontanamente ermafrodito. Nella cosmogonia dei Dogon, popolazione del Mali, l'unico Dio, Amma, unendosi con la terra, generò i Nommo, due gemelli ermafroditi, e anfibi, che a loro volta generarono quattro maschi e quattro femmine, da cui discesero i Dogon <sup>(8)</sup>. Il mito dell'Ermafrodito non solo testimonia che una data esperienza di vita, il transessualismo, è stata già vissuta nella storia dell'umanità, ma è anche un

simbolo, un mediatore fra ciò che è nascosto e ciò che è manifesto, tra inconscio e coscienza.

La Transessualità è la dimensione attuale dell'ermafroditismo, che porta ad interrogarsi sulla dimensione intrapsichica del fenomeno, con o senza interventi chirurgici, dalla transizione totale a un abbigliamento proprio dell'altro sesso biologico.

L'Ermafrodito, nella cultura greco-romana, e in altre come accennato, compare nel mito, ed è una delle possibilità di rappresentazione, una delle disposizioni a riprodurre immagini e forme virtuali che corrispondono alle esperienze dell'umanità nello sviluppo della coscienza. Il mito, anche quello dell'Ermafrodito, è una metafora della storia della vita della psiche, narra vicende e dolori della psiche che, nella storia umana, si libera dai complessi (frammenti scissi della psiche, con percezione, sentimenti, intenzioni, volontà, quasi personalità autonome) ed è riportata a vita autentica dalla forza degli archetipi, che risiedono nell'inconscio collettivo, possibilità di rappresentazione propria di ognuno, in ogni tempo storico e luogo <sup>(9)</sup>. L'Ermafrodito appare una forma dell'inconscio collettivo, indipendente dall'esperienza personale, la quale struttura invece l'inconscio personale.

Il transessuale partecipa, nell'inconscio collettivo che lo abita, agli archetipi, esperienze emozionali di tutta l'umanità, e specificamente alla Persona, la maschera della psiche collettiva, all'Ombra, lato animale della natura umana, all' Anima, principio dell'eros, immagine interiorizzata del femminile dell'uomo, e all'Animus, che è anche il logos e la razionalità, immagine interiorizzata del maschile della donna.

Mentre di transessualismo si parla diffusamente; mentre se ne fa tema di film (p.e., "Emilia Pérez" attualmente in programmazione nelle sale cinematografiche); mentre il 9 settembre 2023 si tiene a Milano una giornata di studio, sul tema, della Società Psicoanalitica Italiana, che culmina in una lettera alla Presidente del Consiglio, raccomandando osservazioni longitudinali degli adolescenti candidati alla transizione e cautele nei trattamenti con i bloccanti ipofisari; mentre numerose società medico-scientifiche contestano con altra lettera quanto osservato dalla prima; mentre tutto questo si verifica nei media e nelle società scientifiche, la causa della disforia di genere resta affidata a ipotesi psicologiche, o genetiche e neuroendocrine, o a una

combinazione delle due, in maniera non conclusiva. Fattori genetici, basati sulla segnalazione di poche osservazioni di gemelli concordanti per Disforia di Genere, o di ripetuta incidenza familiare, non costituiscono plausibili indizi, sia per la scarsa numerosità, sia per l'impossibilità a eliminare variabili di relazione familiare, che non si possono escludere, eventualmente incidenti nel determinare la Disforia di Genere. L'esposizione al testosterone prenatale può avere effetti permanenti sull'identità di genere. Si osservano poi bambini XY malformati nei genitali esterni, che sono stati esposti a testosterone prenatale, che sviluppano identità di genere maschile. Individui XY, con mutazione del recettore degli androgeni, che li rende del tutto insensibili agli androgeni, sviluppano un fenotipo femminile, e si identificano come femmine, e provano attrazione per i maschi. Nessuno di questi casi è esplicativo della Disforia di Genere, che con la massima frequenza si verifica in soggetti del tutto normali sul piano neuroendocrino.

La pubertà comporta modificazioni somatiche in ambedue i sessi. L'adolescente percepisce il cambiamento (sviluppo degli organi sessuali, menarca, cambiamento della voce, crescita del seno e del pene, comparsa di peli, allargamento del bacino, sviluppo muscolare), ma se affetto da Disforia di Genere, vive con rabbia e repulsione i cambiamenti del corpo. Di solito, la Disforia di Genere è riscontrabile anche nella bambina e nel bambino, ma lo sviluppo puberale, soprattutto, rende il corpo estraneo a se stessi. Già tra i 6 e i 10 anni è possibile la comparsa di peli ascellari e pubici, per increzione di androgeni surrenalici, con relativo disturbo dell'adattamento. Il releasing hormone della gonadotropina, GnRH, forse per stimolazione a opera della leptina, e/o della neurochinina B, su recettori ipotalamici. è sintetizzato nell'ipotalamo, e stimola la increzione di LH e FSH, gli ormoni sessuali.

Non è noto perché, a un dato periodo, aumenti la produzione e increzione di GnRH, e della leptina, che però diminuisce a pubertà terminata. E' verosimile che vi siano cause genetiche. La pubertà inizia tra gli 8 e i 13 anni nelle femmine, e tra i 9 e i 14 anni nei maschi: negli anni recenti si osserva una tendenza ad anticipare, nei due sessi, probabilmente dovuta ad un miglioramento dell'alimentazione, o forse anche

a un aumento della stimolazione ambientale. Questo vuol dire anche che l'espressione più intensa della Disforia di Genere si osserva tendenzialmente in età più precoci che in precedenza.

Disponendo della triptorelina, decapeptide utile, in varie preparazioni, e in varie patologie, dal carcinoma ormonodipendente della prostata, al carcinoma della mammella ormonosensibile, all'endometriosi, ai fibromi uterini, a varie tecniche di riproduzione assistita, da somministrare per via intramuscolare o sottocutanea, è sembrato possibile un impiego nelle pubertà precoci, per bloccare le modificazioni somatiche nei soggetti, maschi e femmine, con Disforia di Genere.

Effetti indesiderati, riconducibili a ipoestrogenismo e ipotestosteronismo, sono osteoporosi, riduzione della densità minerale ossea con aumentato rischio di fratture, e impotenza, diminuzione della libido, affaticamento, aumento di peso, riduzione della massa muscolare, turbe del sonno, ipertensione arteriosa, aumento LDL e diminuzione HDL, sindrome metabolica, diabete <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup>.

L'impiego di triptorelina in adolescenti, per bloccare uno sviluppo puberale in soggetti con disforia di genere è "off label": la determina AIFA del 2019 <sup>(10)</sup> consente infatti l'impiego di triptorelina solo in maschi di età fino a 10 anni, e in femmine di età fino a 8 anni, in casi selezionati di Disforia di Genere che abbiano ricevuto un adeguato trattamento neuropsichiatrico e psicoterapico senza successo, giusta la Legge 648/96.

La complessità del trattamento dei candidati alla transizione, dei transgender, e dei "diversi" che non si riconoscono nel sesso biologico, né in quello alternativo, né in qualsiasi altro sesso ma sono alla ricerca di una individuazione, è percepibile nella lettura dei SOC-8 <sup>(12)</sup>, Standard of Care-8, che suggerisce oltre 100 criteri-linee guida per il trattamento dei casi unificati dalla Disforia di Genere come tratto comune. Tra l'altro, lo studio, del 2022, afferma un notevole aumento della incidenza della disforia di genere nel pregresso decennio: indiretta conferma è nella pratica clinica attuale, dove molti neuropsichiatri infantili, psichiatri e psicologi, non in servizio in Unità dedicate, ma esercenti una pratica generale, possono riferire di aver osservato, negli anni recenti, almeno un caso di Disforia di Genere, o anche più, con esordio infantile o

adolescenziale, o con relativa stabilizzazione precaria in età adulta. In estrema sintesi, nel lavoro citato, sul piano psichiatrico e psicoterapico, si suggerisce, nel terapeuta, un atteggiamento non giudicante, di sostegno emozionale, orientato a favorire, nel trattamento, l'introspezione cognitiva, e l'astensione dal giudicare psicopatologico, in sé, il disagio nel genere assegnato alla nascita.

Una terapia psicofarmacologica per la Disforia di Genere sembra non avere alcun senso e utilità, salvo mitigare i disturbi depressivi e ansiosi più gravi associati. Gli esiti, sul piano psicologico (riguardo depressione, ansia, rabbia, tristezza, senso di solitudine, aggressività, iperattività) e sulla soddisfazione per le modificazioni del corpo, della sola terapia con bloccanti della pubertà e delle caratteristiche sessuali secondarie, nell'ambito di una estesa revisione generale della letteratura su vari aspetti <sup>(13)</sup>, che fa riferimento particolare a due studi su detti esiti, appaiono inconsistenti: miglioramento scarso-moderato in uno studio, e nullo in altro studio.

Il blocco della pubertà sembra avere, insomma, modesti o nulli effetti sui disturbi emozionali vissuti, e nell'acquisizione di una identità di genere, per i candidati alla transizione e per i Queer nel declinarsi dell'adolescenza e della prima età adulta.

Fattori familiari, interpersonali, sociali possono in parte renderne conto, anche se processi intrapsichici individuali sono probabilmente il fattore più importante. Di fatto, le condizioni trans sono una negazione del dato biologico, e il rischio, con l'impiego dei bloccanti della pubertà, o al limite con l'intervento chirurgico, è offrire una soluzione esterna, medica, tecnica, a fantasie inconse, una sorta di acting-out di esse <sup>(14)</sup>.

Il paziente transessuale fa un'esperienza persecutoria e terrificante di una parte scissa del corpo, fa una fantasia inconscia di aggredire la parte scissa, formula una convinzione illusoria di appartenere ad un diverso genere, spesso è tipicamente circoscritto alle caratteristiche sessuali secondarie, a pene, vagina, mammelle.

Una identità difensiva è costruita su aspetti parziali scissi, e maschile e femminile sono, nel transessuale, aspetti parziali scissi.

In questa prospettiva, si inseriscono, in una sorta di ventaglio, transessuali candidati al trattamento, o già trattati sul piano endocrinologico e/o chirurgico, i travestiti, i Queer.

In epoche in cui triptorelina e intervento chirurgico non erano disponibili, si sono occupati della bisessualità psichica, e non ovviamente della transessualità, nella loro epoca non realizzabile, S. Freud e altri: una efficace sintesi del loro pensiero è consigliabile per chi voglia iniziare ad approfondire il tema in chiave psicoanalitica <sup>(15)</sup>.

Sigmund Freud (1856-1939) ebbe notizia, tramite un libro donatogli da C.G. Jung (1875-1961), di un caso di paranoia, in cui il paziente era, a seconda delle fasi della malattia, affascinato o inorridito dalla trasformazione in donna: è il caso del giudice prussiano di Dresda, Daniel Paul Schreber (1842-1911), che redasse un libro autobiografico <sup>(16)</sup>, descrivendo acriticamente ma con grande precisione i sintomi della sua malattia, iniziata nel 1893.

L'esordio della malattia, che raggiunse poi altre complessità, si colloca in un risveglio, quando Schreber ebbe una fantasia che "dovesse essere davvero molto bello essere una donna che soggiace alla copula".

In seguito, Schreber sviluppò l'idea che un Dio doppio e persecutore lo stesse trasformando in una donna. Altre idee deliranti riguardavano complotti, rivolgimenti politici, catastrofi, demiurghi, dei. Egli dialogava con il Sole, gli alberi, gli uccelli, tutti frammenti di anime di deceduti, e con Dio, con il quale, nella entità di un terzo Dio, egli anche copulava.

Secondo Schreber, al momento della nascita, Dio iscriveva nei corpi sottilissimi nervi, sede dell'anima e delle facoltà spirituali, capaci di comunicare con altre anime, destinati a tornare a Dio dopo la morte. Freud non conobbe mai il paziente, ma ne scrisse <sup>(17)</sup>, basandosi sulle Memorie di Schreber <sup>(16)</sup>, tra l'altro esprimendo grande apprezzamento per le sue capacità espositive, giudicandolo, paradossalmente, al livello di un Professore di Psichiatria.

Freud si concentrò essenzialmente sulla convinzione di Schreber di essere oggetto di una trasformazione in donna, e di essere oggetto di molestie sessuali da parte del Dr Flechsig, direttore della clinica dove era stato ricoverato.

Freud individuò una fantasia di demascolinizzazione, evidente nel vissuto, temuto e a tratti desiderato, di essere trasformato in donna, espressione di una innata omosessualità, e che le accuse a Flechsig fossero espressione di un transfert su di lui della attrazione omosessuale provata verso il fratello maggiore. Si noti che Freud, come deducibile anche dalla corrispondenza, non riteneva l'omosessualità un disturbo psicopatologico, rispetto al quale, comunque, il biasimo individuale, e sociale, poteva determinare negazione e proiezione transferale. In altri termini: Schreber era attratto sessualmente dal dr Flechsig, ma non poteva accettare come propria quella attrazione, e la proiettava invece sul dr. Flechsig, presunto molestatore. Freud non prese mai in terapia una persona omosessuale in quanto tale, e non fa cenno di transessualità, al suo tempo non realizzabile; fantasie e desideri transessuali li avrebbe considerati espressione di omosessualità.

C.G.Jung non ha riflettuto sulla transessualità, per le stesse ragioni: la transizione sessuale chirurgica e la triptorelina non erano disponibili al suo tempo, e la nozione di omosessualità e bisessualità schermava il tema, e non erano possibili acting out, farmacologici o chirurgici, delle fantasie inconscie, o anche affioranti alla coscienza, sul possibile cambio di sesso. I primi, mitici, interventi chirurgici per il cambio di sesso avvengono a Casablanca, Marocco, negli anni '60 del '900.

Lo psicoanalista junghiano Andrew Samuels ha inserito il tema transgender fra i temi tra cui concentrare le riflessioni future, definendolo "un punto di forza" della psicologia analitica <sup>(18)</sup>.

Animus e Anima, rispettivamente immagine interiorizzata del maschile nella donna e del femminile nell'uomo, possono essere considerati ponte o porta delle immagini dell'inconscio collettivo, mentre la Persona è una specie di ponte verso il mondo <sup>(19)</sup>.

Nella psiche femminile è insita mascolinità, nella psiche maschile è insita femminilità. Lo schema immaginario che orienta in modo specifico come il soggetto percepisce l'altro, orientandone le proiezioni è l'imgo, che si forma sulla base delle prime relazioni del bambino con i componenti della famiglia: l'imgo ha un carattere fantasmatico, che non correla con figure genitoriali reali.

Fino all'adolescenza, gli archetipi Anima e Animus sono nascosti nelle imago dei genitori; in seguito, sono proiettati sugli oggetti d'amore che compaiono con l'adolescenza.

La persona con Disforia di Genere, si può sintetizzare, si dibatte, nella formazione della Persona, tra i disequilibri delle proiezioni su Animus e Anima, riferibili a imago genitoriali, rispetto alle quali ha bisogno di liberarsi. Da notare che l'imago non corrisponde di solito alle qualità reali dei genitori, ma è di formazione soggettiva. L'archetipo contro-sessuale si costella con l'adolescenza: l'animus nella donna, l'anima nell'uomo. L'adolescente femmina disforica di genere è agita soprattutto da Animus; l'adolescente maschio disforico di genere è agito essenzialmente da Anima.

Il termine sesso si riferisce al piano biologico; il termine genere indica componenti psicologico-sociali, cioè "femminilità" e "mascolinità", che non coincidono obbligatoriamente con il sesso. Secondo Robert Stoller <sup>(20)</sup>, nei primi tre anni di vita si forma il nucleo della Identità di Genere, che si svilupperà poi nella fase fallica e nei vissuti edipici.

Nella fase di formazione del nucleo sono da considerare tre fattori: le caratteristiche dei genitali esterni che determinano l'assegnazione del sesso, componenti biologiche ormonali, componenti relazionali, in particolare i comportamenti messi in atto dalla madre riguardo il ruolo di genere del bambino. I genitali esterni sono il luogo di sensazioni somatiche che contribuiscono a formare l'Io corporeo. Una prima fase simbiotica madre-figlio è caratterizzata da meccanismi identificativi che producono una condizione di "femminilità primaria". Le femmine manterranno l'identificazione di genere con la madre; i maschi affronteranno un processo più lungo di affrancamento dallo stadio di femminilità primaria. In questo quadro, Stoller, che ha studiato solo la transessualità maschile, una "simbiosi eccessiva e beata" tra figlio maschio e madre, impedirebbe al bambino di superare la fase di femminilità primaria. Il padre sarebbe assente, e anzi incoraggerebbe la femminilizzazione del figlio. Da qui, la convinzione di appartenere al genere femminile, nonostante che il corpo indichi il contrario. Secondo Agnes Oppenheimer, invece, la differenza tra sesso e genere è una razionalizzazione delle convinzioni dei transessuali <sup>(21)</sup>: la femminilità

primaria e la teoria di uno sviluppo non conflittuale deriverebbero da questa legittimazione operata da Stoller. La fissazione alla femminilità del transessuale maschio compensa un processo conflittuale in cui la madre non conferma la mascolinizzazione del figlio, lo utilizza in funzione del suo narcisismo, mentre il padre non interferisce, non permette al figlio di idealizzarlo.

L'identità transessuale sarebbe una sorta di schermo, che deriva da odio per la mascolinità e negazione dell'omosessualità, una sorta di delirio con ritiro dalla realtà e costruzione di una nuova realtà, in una sorta di acting-out permanente. Il transessualismo, secondo tale lettura, si colloca tra narcisismo grave, perversione e psicosi <sup>(14)</sup>.

E la esclusione del transessualismo dai DSM più recenti, lasciando posto alla sola Disforia di Genere, è messa così in dubbio. Su un piano non analitico, ma solamente osservazionale, i transessuali sono visti da molti, tra cui Stoller, come prevalentemente incapaci di stabilire relazioni durature, irresponsabili, portati a mentire.

Secondo Agi Saketopoulou <sup>(22)</sup> non vi sarebbero interventi terapeutici o condotte genitoriali in grado di modificare e conformare al corpo l'esperienza di genere; il genere resterebbe imm modificabile in analisi, dopo l'elaborazione e il superamento di traumi precoci e conflitti inconsci, nei vari livelli.

In definitiva, il transessualismo sembra attualmente valutato come risultante di componenti genetico-biologiche, da individuare oltre le ipotesi, e componenti psicologiche che i vari psicoanalisti vedono in modo spesso contraddittorio.

Il transgender, trattato o no, sente di appartenere a un genere non coerente con il proprio sesso.

Da qui la Disforia di Genere, più o meno, spesso meno, attenuata dal travestitismo, dalla triptorelina e altre terapie ormonali, dall'intervento chirurgico.

La distinzione terminologica tra sesso e genere riflette una condizione di profonda sofferenza umana; la polemica contro tale distinzione è a volte molto forte, quasi che tali termini inducano il problema, che invece ha una sua drammatica primarietà. Certe prassi autoaffermative dei transgender, come il travestitismo esibito o la partecipazione ai gay pride (che sono promossi dagli omosessuali, mentre i transgender possono essere omosessuali,

o eterosessuali, o bisessuali, o asessuali) accendono il contrasto. Spesso se ne parla come una sorta di componente perversa del pensiero woke.

La prevalenza della Disforia di Genere e dell'identità trans gender è stimata tra 0,5 e 1,3% <sup>(23)</sup>, includendo, nei vari studi, bambini, adolescenti e adulti.

La psicoanalisi, freudiana e neofreudiana, e la psicologia analitica neojungiana, se ne occupano da circa 50 anni, senza giungere a una teoria e prassi conclusive. Da notare che, forse per ovvie ragioni anatomiche più complesse da modificare chirurgicamente, l'interesse per la transessualità di persone di sesso femminile alla nascita è meno studiato.

## Bibliografia

1. Addams C. *What is 'cisgender'?* Internet Archive, 16.7.2020
2. American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision, 5a Edizione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023 (ed. originale 2022)
3. Jung C.G. *Psicologia dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1968 e 2012
4. Publio Nasone Ovidio, *Le Metamorfosi*, Einaudi, Torino, 2022
5. Jones C., *Encyclopedia of Hinduism*, Infobase, ISBN 0-8160-7564-6
6. Villar F., *I Frigi*. In: *Gli indoeuropei e l'origine dell'Europa*, Il Mulino, Bologna, 1997
7. Pincherle A. *Attis*. *Enciclopedia Italiana Treccani (1930)*
8. Griaule M., *Dio d'acqua*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005
9. Jung C.G. *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, in *Opere*, vol 9/1, Bollati Boringhieri, Torino, 2014
10. Determina AIFA n.21756/2019 / G.U. Serie Generale n.52 del 02.03.2019. Aggiornamento 3.12.21
11. Palma R., Gaudino L., Cavarzere P., Antoniazzi F., *Does the risk of arterial hypertension increase in the course of triptorelin treatment?* *J Pediatr Endocrinol Metab*, 33 (3) 2020. doi: 10.1515/jpem-2018-0210. PMID 30091950
12. Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., de Vries A.L.C., Deutsch M.B., et al. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. *International Journal of Transgender Sex Vol* 23,2022. Pages S1-S259, Published online 15 Sep 2022 <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2199644>
13. Drescher J., Byne W., *Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn*. *Journal of Homosexuality*, 59,2012. doi:10.1080/00918369.2012.653317
14. Argentieri S., *Transvestism, transsexualism, transgender: Identification and imitation*. In: Ambrosio G. (ed.), *Transvestism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*, Karnac, London, 2009
15. Giovanardi G., Fiorini Biancoletto A., Fortunato A., *Un più vasto orizzonte. Psicoanalisi e Identità di Genere, storia di un rapporto controverso, da Freud ai contemporanei*. *Psicobiiettivo*. 39, 3-2019, Documenti.
16. Schreber D.P., *Memorie di un malato di nervi (ed. italiana)*, Adelphi Edizioni, Milano, 2007 (ed. originale 1903)
17. Freud S., *Osservazioni psicoanalitiche sul racconto autobiografico di un caso di paranoia (dementia paranoides)*. In: *Compendio di psicoanalisi e altri scritti*, Newton Compton Editori, Roma, 2010 (ed. originale 1910)
18. Samuels A., *The future of Jungian analysis: strengths, weakness, opportunities, threats*, *Journal of Analytical Psychology*, 62, 2017 doi:10.1111/1468-5922.12351
19. Jung C.G., Jaffé A., *Ricordi, Sogni, Riflessioni*, BUR, Milano, 1965 (ed. originale 1961)
20. Stoller R.J., *Sex and Gender*, Karnac, London, 1968
21. Oppenheimer A., *The Wish for a Sex Change: a Challenge for Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 72,2, 1991
22. Saketopoulou A., *Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically*, *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 62,5,2014 doi:10.1177/0003065114553102
23. Zucker K.J., *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*. *Sex Health* 14,5,2017 doi.org/10.1071/SH17067

**Publisher's note:** all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.  
©Copyright: the Author(s), 2025