

Pensar analíticamente sobre el transgenerismo, una tarea urgente. (Reseña de una controversia y un caso clínico en el IJP de noviembre de 2020)

Thinking analytically about *transgenderism*, an urgent task. (Review of a controversy and a clinical case in the November 2020 IJP)

Mónica de Celis Sierra

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña de cuatro artículos de *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5) (2020). David Bell, Avgi Saketopoulou, Rachel B. Blass y Roberto D'Angelo.

La identidad de género y sus problemáticas se han convertido en uno de los temas más controvertidos en los últimos años, y no solo en nuestro campo. Tanto las legislaciones que regularizan la situación jurídica y social de las personas *trans*¹, como las intervenciones psicológicas y médicas diseñadas para atender sus demandas, son objeto frecuente de polémicas muchas veces enconadas y casi siempre infecundas. Existe un gran desconocimiento, por una parte, de la historia del concepto de identidad de género y, por otra, del desarrollo de la identidad de género en la biografía del individuo. Este desconocimiento favorece que las posturas en contra y a favor de diversas medidas se jueguen en un terrero plagado de tópicos y de falta de reflexión.

Recientemente, en el ámbito español, la aparición del borrador de una ley estatal que reconoce el derecho a la libre determinación de género (Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans [Borrador], 2020) ha creado, una vez más, polémica, al avanzar en el terreno de la despatologización, proponiendo, como ya contemplan otras leyes de ámbito local, que en el ejercicio de la autodeterminación no medie diagnóstico médico o psicológico alguno. Entendida como una legislación necesaria para unos colectivos, es considerada un dislate por otros, entre ellos ciertos sectores del feminismo, que alertan de los efectos negativos que podría tener sobre los derechos de la mujer e inciden en el riesgo que supone facilitar tratamientos médicos potencialmente irreversibles a menores. Aunque el debate es deseable y condición necesaria para el pensamiento crítico, en muchos momentos ambas partes descalifican la postura de la otra, a veces con acusaciones graves (*transfobia*², misoginia), basadas con frecuencia en el desconocimiento del tema que se discute y, otras, en intereses políticos más o menos legítimos pero no siempre explícitos.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a la autora a mcs@cop.es

En el campo del psicoanálisis, con una tradición en la que la experiencia trans se ha abordado siempre desde la patología grave, han empezado a aparecer en los desarrollos contemporáneos autores con un planteamiento diferente, y que en algunos casos consideran la solución trans como una más dentro de la diversidad de soluciones individuales a la problemática de nuestra constitución sexuada y de género. Hemos recibido, por ello, con alegría la aparición del número 5 del volumen 101 de 2020 del *International Journal of Psychoanalysis*, en el que se incluye una sección, “Psychoanalytic Controversy”, que aborda esta temática, con el título “Can we think psychoanalytically about transgenderism?” [¿Podemos pensar psicoanalíticamente sobre transgenerismo?]. Dos psicoanalistas, David Bell y Avgi Saketopoulou, que pueden bien representar dos tendencias claras dentro del psicoanálisis actual, debaten sobre algunas de las cuestiones de la temática trans en sus implicaciones para la disciplina. Rachel B. Blass introduce, enmarca y hace unas consideraciones de gran interés sobre el debate. En el mismo número del IJP, aunque fuera de la sección, el analista Roberto D’Angelo presenta un largo y detallado caso de un tratamiento con un joven trans, que ilustra a la perfección muchas de las cuestiones controvertidas que los analistas anteriores discuten y que nos ha parecido el colofón perfecto a esta reseña. Confiamos en que su lectura ayude al lector a plantearse más dudas de las que tenía en un principio, lo que siempre será la garantía de que se está produciendo una reflexión profunda sobre cuestión tan compleja³.

David Bell: Lo primero, no hacer daño en la intervención con menores

Para comenzar la discusión, David Bell presenta su trabajo, “First do no harm [Lo primero es no hacer daño]” en el que cuestiona la tendencia contemporánea a ver la incongruencia entre la identidad de género y el sexo de nacimiento solo como una cuestión corporal a resolver mediante un abordaje médico, minimizando los factores psíquicos y socioculturales en la conformación de la identidad de género.

Antiguo presidente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis y Psiquiatra en la Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, donde dirige la Unidad Fitzjohns de trastornos mentales graves, durante los últimos años ha estado muy implicado con la conceptualización de la disforia de género en los niños. En 2018 envió un informe interno a la dirección de la Tavistock solicitando que se suspendieran todos los tratamientos hormonales experimentales con los menores trans hasta que hubiera más evidencia que los avalase. En ese informe incluía testimonios de otros clínicos que alertaban de que algunos menores estaban siendo tratados con bloqueadores hormonales y hormonación cruzada después de solo unas pocas sesiones clínicas y sin suficiente valoración de sus casos (Bannerman, 2020).

Este *enfoque afirmativo*⁴, mayoritario en los servicios de salud de los países de nuestro entorno, considera que la identidad de género no puede reformularse a través del cambio psíquico, es más, considera problemático el planteamiento de esta posibilidad desde el punto de vista ético (de Celis Sierra, 2018). Las reflexiones de Bell están ubicadas en el contexto de las experiencias con niños que buscan una *transición*⁵, pero nos llevan más allá del tema específico del trabajo con menores planteando cuestiones fundamentales asociadas con la comprensión analítica del transgenerismo y el trabajo analítico con personas que quieren hacer una transición de género.

Ya en los primeros párrafos, Bell siente la necesidad de aclarar que sus planteamientos críticos con la libre transición de género en menores han de ser perfectamente distinguidos de cuestiones relativas a la discriminación. Su posición es, además, matizada con la afirmación de que en algunos individuos la transición médica es necesaria. La preocupación de ser acusado de lo que ha venido a llamarse transfobia, aún en el marco de una discusión académica, es un síntoma del estado de la discusión en el ámbito público.

El autor considera que es importante no confundir la disforia de género y el transgenerismo, ya que en el primer caso hablamos de un síntoma, del malestar con el cuerpo sexuado, que puede tener distintas fuentes y abordajes terapéuticos, mientras que lo segundo engloba a las personas que ya están embarcadas en una transición de género.

En cuanto a la disforia, Bell plantea una etiología múltiple, con diferentes trastornos psicológicos subyacentes, entre los que destaca los trastornos del espectro autista, estimando la presencia de este en un 35% de los menores que se presentan con disforia de género. Los problemas familiares serios serían también comunes, con frecuente transmisión intergeneracional de trauma grave, como abuso infantil en la línea materna. La homosexualidad es otra vía de posible llegada a la disforia. Los niños que perciben que sus deseos homosexuales no son bien tolerados por la familia o el entorno (de manera franca o sutil, consciente o inconscientemente) pueden creer que pertenecer al otro género es la explicación de su condición, o que a través de la transición pueden eludir el conflicto alrededor de su orientación sexual. Bell considera que esto mostraría cómo el género puede opacar a la sexualidad. No solo él, sino muchos otros clínicos y algunos colectivos de defensa de los derechos de los homosexuales muestran preocupación por la posibilidad de que la creciente prevalencia de menores trans esté reflejando una huida de la homosexualidad (p. ej. <https://lgballiance.org.uk/>).

Bell hace también un análisis de cómo la situación de la atención a la salud mental en Europa puede estar contribuyendo a la expansión del diagnóstico de disforia y a la facilitación de la transición a los menores diagnosticados. Basándose en lo que ocurre en el Reino Unido, que conoce de primera mano, describe cómo, con el incremento masivo de derivaciones, se recurre para atender a los menores a personal que no tiene suficiente formación y experiencia para tratar problemáticas psicológicas complejas, que está sobrecargado de trabajo y que se siente presionado por los *lobbies* y las redes sociales favorables al enfoque afirmativo de la transición. Esto hace que la atención se protocolice en vez de atender de manera personalizada y profunda el caso individual. En este contexto, donde muchas veces los factores inconscientes no son siquiera tenidos en cuenta, la única explicación que parece aceptable es la simplificación de que el niño estaría en un *cuerpo equivocado* y todo su sufrimiento sería secundario a ello.

Bell expresa gran preocupación por la falta de evidencia disponible sobre la seguridad del abordaje médico de la disforia de género, especialmente porque señala que en algunos centros casi la mitad de los niños referidos comienzan este tipo de tratamiento. Los *bloqueadores puberales* que se usan para detener el avance de la pubertad a edades tempranas conducen, según los datos sobre los que se basa, prácticamente en la totalidad de los casos, a la *hormonación cruzada*, lo que pone a los menores en un camino que con frecuencia acaba en la cirugía. Y ello, con la dificultad que entraña el consentimiento informado en menores. La ausencia de una eficiente recogida de datos de seguimiento complica aún más la situación y remite a consideraciones de tipo ético (de Celis Sierra, 2018, 2019).

El autor señala la preocupación relativa al importante incremento de nuevos casos, y en concreto a la proporción creciente de mujeres biológicas que se presentan en los servicios de género. Bell rechaza la explicación de que la mayor liberalidad en el ambiente social sea la causa principal de este aumento. Recoge el fenómeno de lo que se ha venido a llamar *disforia de género de aparición rápida* [rapid onset gender dysphoria], descrito por Littman (2019), en el que menores que no han mostrado hasta la adolescencia signos de especial incomodidad con su asignación del género se declaran hombres transgénero de forma súbita e inopinada. Bell hace un análisis de corte sociológico y señala la importancia de factores como la penetración creciente del mercado en diversos ámbitos de la vida, que alcanza a los aspectos más íntimos de la persona, de manera que la propia identidad acaba convirtiéndose en una especie de mercancía. Denuncia también la misoginia creciente en nuestra sociedad, con su idealización del hombre autónomo que satisface sus necesidades y rechaza cualquier tipo de dependencia, y opina que puede estar teniendo efectos sobre las niñas, lo que, junto con factores de vulnerabilidad psicológica individual, podría hacer que algunas de ellas acaben odiando su cuerpo solo por ser un cuerpo de mujer. Por supuesto que la omnipresencia de internet y las redes sociales favorecería la difusión e influencia de todos estos factores en una especie de contagio social donde menores que se encuentran aislados se *radicalizarían* en contacto con grupos de trans.

Los clínicos que trabajan en los servicios de identidad de género se encuentran con que el ejercicio del pensamiento reflexivo que implica la tarea de entender cómo un menor en concreto ha llegado a sufrir la disforia de género, es interpretado como reluctancia a atenderle, cuando no como transfobia. Este término está especialmente cargado afectivamente en el psicoanálisis, ya que remite a la homofobia que durante tanto tiempo impregnó la profesión. El miedo a estar repitiendo la historia de las terapias de *conversión*⁶ paraliza a muchos colegas e inhibe su deseo de pensar. Bell es contundente, para él lo que sí que puede considerarse una auténtica terapia de conversión es la modificación del cuerpo para eludir los conflictos anudados al género a nivel individual, familiar y social, tal y como propugnaría el enfoque afirmativo.

También cuestiona el papel de las políticas identitarias, que habiendo sido en un origen liberadoras, habrían acabado convirtiéndose en una dificultad para el pensamiento crítico. Parecería que el hecho de tener una identidad concreta le otorgara a uno, no solo la innegable capacidad de enriquecer cualquier debate al respecto, sino una autoridad incuestionable. Esto lo relaciona Bell con una característica de nuestro tiempo: el debilitamiento del valor de la verdad. Pero también hace una lectura propiamente psicoanalítica: quizás la intransigencia de algunos colectivos respecto a sus creencias puede ser resultado de la repudiación y proyección de la propia duda sobre el otro, que luego debe ser silenciado.

Bell cree que habría una paradoja en el mismo centro del fenómeno trans. La aparente liberación de la determinación de género es cuestionada al ubicar toda posibilidad de cambio de manera concreta en la alteración material del cuerpo, y no en la mente. De la tolerancia a la que en general se había llegado en los últimos años, en opinión de Bell, desde la que se había dejado de considerar relevante la orientación sexual, o si un hombre es más o menos femenino o una mujer más o menos masculina, estaríamos enfrentando ahora una ideología donde se daría una rigidez de la identidad de género junto con una fluidez total del cuerpo, una inversión de los términos.

Recuerda Bell una anécdota de su época de estudiante. En una conferencia donde el Prof. Hans Eysenck mostraba los resultados de la terapia de descondicionamiento de la homosexualidad mediante choques eléctricos, un asistente expresó dudas éticas. La respuesta de Eysenck fue que esos hombres tratados sufrían por su homosexualidad y buscaban ayuda, a lo que el oyente planteó que seguramente si fuera cirujano y un paciente le pidiera que le amputase un brazo porque así se sentiría mejor, Eysenck le enviaría a un psiquiatra para que averiguara cuál era el problema con su brazo, en vez de amputarle el brazo solo porque tenía la tecnología necesaria para hacerlo. Relata Bell que, ante esa intervención, toda la audiencia enmudeció; sin embargo, a día de hoy, se muestra impactado de saber que existen cirujanos en los Estados Unidos que amputan miembros a petición del paciente. Entiende que la clientelización de la atención médica, donde el profesional es un mero dispensador de tratamientos a demanda del paciente, hace desaparecer la diferencia entre una necesidad y un deseo, y elude cualquier referente externo.

Saketopoulou: Poner por delante la experiencia del paciente para poder pensar lo trans

A continuación, Avgi Saketopoulou ha sido invitada a responder a Bell. Es profesora en el Programa Postdoctoral en Psicoterapia y Psicoanálisis de la Universidad de Nueva York. También es docente en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, el William Allanson White, y otros institutos analíticos, donde da cursos de sexualidad y género infantil desde una perspectiva interseccional. Forma parte de los consejos editoriales de *The Psychoanalytic Quarterly*, *Psychoanalytic Dialogues* y *Studies in Gender and Sexuality*.

El trabajo de Saketopoulou, titulado “Thinking psychoanalytically, thinking better” [Pensando psicoanalíticamente, pensando mejor], a pesar de la propuesta inicial, no es una respuesta directa a Bell y no aborda muchas de las cuestiones que este plantea, incluso afirma que el tema no es realmente controvertido. En seguida el lector entenderá que sus posturas son distintas y confrontadas.

Saketopoulou comienza su trabajo aclarando que tiene larga experiencia con pacientes trans de diversos tipos atendidos en diferentes momentos de sus biografías. Por ello mismo pide cautela hacia las afirmaciones de colegas que hablan con mucha contundencia del tema sin tener la experiencia clínica necesaria ni estar al tanto de las publicaciones contemporáneas en el campo psicoanalítico sobre el fenómeno trans.

Recalca la heterogeneidad de lo trans y por ello alerta frente a las generalizaciones que no toman en cuenta la coexistencia de diferentes narrativas, desde los trans que no expresan malestar corporal a los que se someten a innumerables cirugías existiría toda una gama con diferentes niveles de alteración de los significantes asociados al género.

No considera útil la formulación de que los pacientes trans nacieron en un cuerpo equivocado, aunque plantea que es importante tener en cuenta que esta es una narrativa sobre sí mismos que muchos acogen con entusiasmo.

Considera que hay que dejar que sea el paciente el que desarrolle curiosidad por el género y que no sea presionado en ese sentido por el analista para que no sienta que tiene que justificarse. Tampoco considera adecuado que el analista se guíe por la pregunta

de por qué alguien es trans, sino más bien que se interroge de qué forma lo es, ya que la interrogación sobre los porqués nos conduce inevitablemente a la etiología y esta estaría ligada a la patologización.

Abordando aquí un comentario de Bell, Saketopoulou entiende que para construir una buena comprensión psicoanalítica de lo trans es imprescindible contar con los pocos psicoanalistas que se identifican como trans. No en el sentido de que tengan una autoridad incuestionable sobre la validez de sus afirmaciones, sino porque sus observaciones pueden hacer contribuciones esenciales. La acusación de que los relatos en primera persona pretenden monopolizar la verdad le parece a Saketopoulou un cargo usado históricamente para acallar a las minorías, tratadas como objetos de estudio en vez de como sujetos. La defensividad detrás de ese planteamiento le hace pensar que tal vez los analistas no quieran ceder un derecho que creen tener a ocupar posiciones desde donde convierten sus posturas ideológicas en hechos. Existiría una ficción en este caso donde los analistas *cisgénero*⁷ serían observadores objetivos inmunes a sus propias emociones y sesgos.

Saketopoulou rechaza que el tema del transgenerismo haya que plantearlo como controversia, ya que esto polariza innecesariamente el debate. Más bien se trataría de un tema sobre el que hay que aprender a pensar mejor. El psicoanálisis necesita pensar acerca de los trans, necesita atender a los pacientes trans que están buscando tratamiento y para ello tiene que ampliar sus miras estrechas sobre el género. La simplificación que se hace del fenómeno fuera del psicoanálisis urge a que este aporte contribuciones teóricas significativas.

El deseo de la autora es “desdramatizar” el discurso sobre lo trans, aliviar el lenguaje de una excesiva carga afectiva, “bajar el tono” y matizar las pretensiones exageradas de que lo trans supone una “amenaza, para el género, la salud psíquica, el orden social” (Saketopoulou, 2020, p. 1021). Entre estas afirmaciones exageradas incluye el alarmismo detrás de la idea de que los jóvenes estén siendo *radicalizados online* a través de pares trans, con un lenguaje que evoca el terrorismo. La presencia de internet y las redes sociales en la vida de los menores puede sobreestimar, pero esto no sería exclusivo del fenómeno trans.

Saketopoulou alerta de los problemas contratransferenciales que el trabajo con pacientes trans moviliza. El analista no sabría la verdad del género del paciente solo sabiendo su sexo, y no puede ser que haga un foco de su trabajo el tratar de averiguar si puede o no creer a su paciente. Otras dificultades se plasmarían en el analista que trata de arreglar el género del paciente, en el que trata de saber si este se va a arrepentir o no de las modificaciones corporales o en el que se preocupa de ser cómplice de las decisiones del paciente sobre la intervención médica.

La autora recuerda que muchos pacientes cisgénero toman decisiones de las que podríamos sentirnos *cómplices*, como casarse, tener hijos o someterse a cirugías arriesgadas, y la cuestión es que hay que saber manejar la ansiedad que suscita el trabajo clínico. En el caso de los pacientes trans el analista puede tener una fantasía omnipotente de que debiera saber y controlarlo todo, o estar en juego el malestar que Saketopoulou llama “terror primitivo de género”, que puede darse cuando, frente a un paciente cuyo género y cuerpo pueden resultar extraños al analista, este se pone en contacto con sus propias ansiedades arcaicas inconscientes acerca de su propio género, integridad corporal y cordura, pudiendo comprometerse la autoorganización (p. 1023). Este tipo de terror no

es tranfobo *per se*, pero puede acabar siéndolo cuando el analista no lo identifica, al infiltrar la contratransferencia y llevar a la traumatización del analizando.

Saketopoulou sigue a Goldner (2003) cuando considera que tanto el género normativo como el atípico son ambas formaciones de compromiso, la solución a un problema, y que nuestra tarea es seguir al paciente “ayudándole a pensar sobre las soluciones que ha creado para hacerse sujeto” (Saketopoulou, 2020, p. 1023). Y considera denigrante el planteamiento de Chiland (2000) de aclarar al paciente que nunca usará el género con el que se identifica. En ninguna otra área de nuestro trabajo clínico, argumenta, un analista considera que tenga derecho a abandonar la responsabilidad de acompañar la realidad psíquica de la persona a la que atiende. Esto repetiría la historia de abandono por parte de los objetos tempranos del paciente.

La autora aborda la preocupación de Bell y muchos otros clínicos por la supuesta restricción de libertad en el pensamiento sobre el tema trans, que llevaría a que cualquier pregunta sobre por qué un paciente experimenta disforia implicara ser considerado tráfobo. Lo primero que aclara Saketopoulou es que no hay que descartar desde un principio la posibilidad de que sea transfobia lo que está en juego. Cuando nos preguntamos por qué un paciente es trans, podría ser relevante indagar, no tanto la reticencia del paciente, sino la convicción del analista de que debe hacer esa pregunta.

Me parece importante resaltar, aunque pueda parecer obvia, la aclaración que hace la autora sobre la diferencia entre pensar libremente (un proceso interno) y lo que les comunicamos a los pacientes o lo que intercambiamos con nuestros colegas. En estos dos últimos casos hay una limitación, aunque sea de orden diferente. “La libertad para decir cosas sin tener que preocuparse sobre su impacto en el otro pertenece solo al analizando” (Saketopoulou, 2020, p. 1023). En cuanto a contarles a los pacientes lo que pensamos, hay que tener en cuenta la oportunidad, el *timing*, las defensas. Tampoco con los colegas podemos practicar la libre asociación, tenemos una responsabilidad de salvaguardar la dignidad de aquellos a los que hablamos o sobre los que hablamos. Saketopoulou, como Bell, trae a colación la vergonzante historia de homofobia del psicoanálisis, pero para incidir en que está más presente de lo que se reconoce. Los analistas, cuando hablan de sus pacientes, no solo están hablando de sus pacientes, sino también potencialmente sobre sus colegas, profesores, supervisandos, candidatos, estudiantes. No se trata, por tanto, de si se puede pensar libremente, sino de ser respetuoso cuando se piensa sobre temas difíciles.

En contra de la idea de Bell de que se está pidiendo desde el activismo un sometimiento del analista a adoptar posiciones no analíticas, ella opina que lo que se pide es que se permita la entrada en el psicoanálisis de nuevos modos de entender el género que ya existen en el mundo exterior a nuestra disciplina. Y no se trataría de incorporar léxico o modos más inclusivos, sino considerar cuáles son las implicaciones para nuestra teoría y práctica. A continuación, señala aquellos puntos que el fenómeno trans invita a pensar metapsicológicamente: la biología, la filogenia y la acción.

En cuanto a la biología, advierte de que algunos psicoanalistas creen que el género no es un concepto psicoanalítico, sino una importación reciente del activismo o de las ciencias sociales. Pero el psicoanálisis ha estado siempre preocupado por los procesos psíquicos que producen género (la sexualidad infantil, la identificación, la bisexualidad psíquica) y cómo se corporalizan y subjetivizan. Antes de que aparecieran los términos *género e identidad de género*, los analistas ya habían teorizado sobre ello (por ejemplo,

Freud, Horney o Riviere); posteriormente, otros autores, entre los que nombra a Benjamin, Dimen, Elise y McDougall, siguieron haciéndolo. Lo que ha sucedido con la llegada del fenómeno trans, sigue Saketopoulou, es que se ha revelado que las formulaciones psicoanalíticas sobre el género se habían organizado alrededor de la percepción de la diferencia sexual, con un destino biológicamente predeterminado que no tendría nada que ver con la vida psíquica. Al desarticular el género del sexo biológico, lo trans “no solo rebate la equivalencia entre sexo y género, sino que plantea preguntas fundamentales sobre la primacía que le damos a la biología en la vida psíquica” (Saketopoulou, 2020, p. 1025).

Por otro lado, muchos de los conceptos analíticos con los que habitualmente pensamos están basados en el género binario. Piénsese en el complejo de Edipo, en algunas fantasías sexuales, en las ideas de Klein sobre las ansiedades del bebé ancladas sobre el cuerpo materno como anatómicamente femenino. Esto permite entender por qué se dan muchas resistencias a pensar de manera más abierta sobre lo trans, especialmente en las escuelas que fundamentan sus teorías en la existencia de estas fantasías inconscientes como parte de nuestra dotación filogenética, determinación que Saketopoulou nos invita a revisar.

La cuestión de la acción es otro de los temas en que el tratamiento afirmativo del transgenerismo pone en duda el principio psicoanalítico de la primacía de lo psíquico en la elaboración. Muchos analistas han acabado aceptando que algunos pacientes trans pueden beneficiarse de la transición médica ya que el *insight* por sí solo no sería suficiente. Algunos conflictos no podrían resolverse en el ámbito psíquico, requiriendo una acción que no tiene porqué ser siempre menos que la simbolización.

Y entrando finalmente en el tema de los menores, Saketopoulou pretende abordarlo con mucha prudencia, reconociendo que se trata de un asunto ciertamente delicado y sobre el que habría que matizar. En cuanto a lo que Bell señala sobre el incremento de casos de adolescentes asignadas mujeres al nacer, la autora reconoce que hay acuerdo sobre la influencia de los cambios culturales, pero no descarta que la creciente visibilidad de la multiplicidad de géneros permita a menores socializadas en femenino alcanzar una autocomprensión tardía que puede parecer salida de la nada.

Tampoco tiene mucho que decir sobre la sobrerrepresentación de trans en las poblaciones de niños autistas, adoptados o en pares de gemelos. Considera que se trata de fenómenos sobre los que aún no hay más que hipótesis previas. Pero sí se posiciona, apelando a su experiencia clínica, en cuando a que la transición social y médica proporciona a algunos de estos menores una mejora importante en su bienestar, e incluso que pueden salvarles la vida. También en los pacientes adultos cree que la transición corporal puede abrir la oportunidad de vivir una vida más plena, como una paciente suya que empezó a percibir, según la transición avanzaba, sabores que nunca antes había experimentado. “Dicho de otra manera, no actuar también tiene un coste” (Saketopoulou, 2020, p. 1028).

A pesar de este posicionamiento claro a favor de la transición corporal, Saketopoulou no evita aludir a la dificultad de abordarla clínicamente en algunos casos, contándonos la ansiedad que genera atender a un niño con problemática de género que se está acercando a la pubertad, especialmente si el problema ha aparecido sin previo aviso, tras una crisis familiar o un evento traumático. Cuestionando el concepto de disforia de género de aparición rápida, la autora sugiere que la impresión de que la aparición de una

identificación de género es súbita, puede encubrir que los padres hayan dejado pasar signos previos, o que le hayan transmitido al menor de manera inconsciente un malestar que ha hecho que el niño la suprima. El género puede ser también el portavoz de un malestar de los padres, como el ocasionado por un divorcio doloroso o la muerte de un hijo. Pero en todas estas cuestiones, aclara, lo importante no es qué pasará con el género del menor, sino que hay que entender el dolor psíquico que de otro modo podría ser pasado por alto.

No parece muy diferente esto a los porqués que se plantea Bell, aunque Saketopoulou quiere dejar claro que para ella no es problemática en sí la identificación de género. *Pero la cuestión de los porqués es especialmente importante cuando los bloqueadores hormonales aparecen en el horizonte.* Saketopoulou recoge un planteamiento básico a favor de la intervención precoz, que permitir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios durante el proceso puberal puede conllevar enorme dolor emocional y condenar al niño a sufrir más intervenciones médicas. *Que el menor pueda ser visto por los demás como perteneciendo al género con el que se identifica (lo que se denomina passing⁸) se convierte así en una aspiración que habría que sopesar contra el riesgo al que la intervención médica inevitablemente le somete,* y al que autores como Bell opinan que difícilmente puede darse un pleno consentimiento informado, por inmadurez y porque no existen suficientes datos de seguimiento de las intervenciones. La propia Saketopoulou, que desde luego es consciente de la falta de evidencia disponible, reconoce que están apareciendo casos en que los jóvenes finalmente detransicionan⁹ (como, por ejemplo, el caso Keira Bell [Holt, 2020]), aunque según ella el significado de este cambio en el curso del desarrollo de la identidad de género no está claro si señala un error previo de decisión o un desvío temporal en el rumbo. *Al leer este punto, me pregunto si la autora aplica siempre el mismo criterio de creer en la percepción del paciente sobre sí mismo o piensa que el principio de no cuestionar al paciente solo es válido cuando demanda la transición, pero es legítimo dudar de las razones del que se arrepiente de haberla hecho. Necesitamos saber más sobre las razones que llevan a algunas personas a desandar la transición, al igual que es necesario saber más sobre las razones que llevan a empezarla* (Expósito-Campos, 2021).

Para concluir, la autora abunda en que lo trans habría revelado al psicoanálisis la necesidad de aprender de los errores y acoger ideas nuevas que alertan de que ciertas teorizaciones sobre el género están pidiendo una revisión, “no resistiéndose al cambio, sino respondiendo a él” (Saketopoulou, 2020, p. 1028). No acaba sin recomendar una lista de lecturas para los colegas que quieran profundizar en el área.

Blass: Lo trans como oportunidad para repensar el concepto psicoanalítico de naturaleza humana

Rachel Blass, psicóloga y analista didacta de orientación kleiniana en la Sociedad Psicoanalítica Israelí y miembro de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, no solo introduce la “Sección de Controversia”, sino que aporta una serie de reflexiones al tema del fenómeno transgénero que vale la pena reseñar en detalle, ya que imprime profundidad a la vez que enmarca en la teoría más general los planteamientos de Bell y Saketopoulou.

Blass (2020) comienza estableciendo los principios de una discusión posible entre analistas sobre este tema, y posiblemente sobre cualquier otro: es esencial partir de la

base de que la práctica analítica no incluye tratar que los pacientes se adapten a nociones preconcebidas de normalidad, ni forzar al paciente a hablar de un tema en concreto, ni pretender cambiar la sexualidad o la identidad de género o la percepción corporal. Entiende que, si en una discusión tal no se da por hecho que el analista que sostiene la posición contraria a la nuestra sigue una práctica realmente analítica, nos enredamos en la falacia del hombre de paja.

Otro paso importante para prosperar en el diálogo sería resaltar lo complejo del pensamiento analítico sobre el género. Según Blass, en la línea central de pensamiento psicoanalítico sobre el género se ha enfatizado la noción de su fluidez. La posibilidad de que los hombres biológicos se sientan mujeres, o que las mujeres se sientan hombres, sea esto continuo, ocasional o frecuente, y cambiante a lo largo de la biografía e incluso por momentos. Esta sería la base de la noción de bisexualidad de Freud. Esta fluidez del género también puede verse en la “elaboración psicoanalítica de fantasías de masculinidad y feminidad, roles familiares y relaciones, y partes corporales y sus funciones, las cuales dan a ser un hombre o una mujer sus múltiples significados” (Blass, 2020, p. 1015). A partir del reconocimiento de esta formulación fluida del género en la tradición psicoanalítica, podemos reconocer las diferencias entre los dos autores, que Blass agrupa en cuatro puntos que, por supuesto, están interrelacionados.

En relación con la evidencia a la que alude Saketopoulou, Blass se muestra escéptica de la capacidad de estos testimonios en primera persona para ayudarnos a pensar mejor sobre el género. Sin embargo, considera muy pertinentes los planteamientos de Bell en cuanto a los variados factores socioculturales que influyen en los cambios en la perspectiva desde la que entendemos el género, como el fortalecimiento de una visión materialista de la persona y el papel de la tecnología en nuestra sociedad.

Entiende que reconocer la influencia de esos factores ajenos a lo que se considera científico puede generar relativo desconcierto ya que sugiere que nuestras teorías analíticas están menos conformadas por la evidencia de lo que desearíamos. En este sentido, le parece más útil reconocer los principios básicos en los que depositamos nuestra confianza a la hora de pensar, que recurrir a apelar a hechos indiscutibles. Reconocer cuáles son nuestros supuestos básicos permite discutirlos y cuestionar si es necesario su valor y validez.

El valor de las afirmaciones conscientes de la identidad de género es un tema que le parece central en la comprensión psicoanalítica de la cuestión. Bell y Saketopoulou parecen darles un diferente peso. Saketopoulou considera descalificadora la no aceptación de la declaración del paciente. Aquí es importante distinguir entre el reconocimiento de la experiencia del paciente y su aceptación y confirmación. Blass pone un ejemplo que ayuda a ver la dificultad de la posición afirmativa. La mayor parte de los analistas estarían de acuerdo en adoptar para el paciente el género con el que se identifica, pero no aceptarían por igual la visión del paciente si esta fuera autocrítica hasta el punto de resultar denigrante, como si exigiera que se le denominase con un apodo despectivo con el que se identifica totalmente. Pensemos en una paciente anoréxica que nos pide que la llamemos con un apodo que sea un sinónimo de gorda. Pocos analistas aceptarían una propuesta así, ya que sentirían que se están aliando con aspectos dañinos del funcionamiento psíquico de su paciente, no importa cuán identificada se sintiera ella con esa concepción de sí misma.

Blass analiza los dos artículos de sus colegas desde las dimensiones de estático-dinámico y dado-elegido. Saketopoulou muestra una idea de elección que vendría de la libertad individual de declarar la propia identidad de género y cambiarla, en parte a través del acto de la transición. Su postura conlleva una crítica a Bell por pensar en el género en una manera limitada y estática, basada en lo que ella considera una sobrevaloración de un hecho biológico dado. Sin embargo, Blass presenta la visión de Bell como más libre y fluida, a partir de la riqueza de la experiencia inconsciente de género y roles de género, vinculada a las concepciones analíticas que menciona más arriba. *Mi impresión, sin embargo, es que aquí Blass está simplificando el planteamiento de Saketopoulou, ya que esta no defendería una postura basada en la libertad individual, en el sentido de depositar la confianza de la elección en fenómenos puramente conscientes y racionales, como si la persona trans sintiera que puede elegir ser de uno u otro género. Precisamente, la experiencia consciente puede ser la de que no puede ser otra cosa más que lo que siente que es. Parece que Saketopoulou entiende, como otros clínicos que apoyan el enfoque afirmativo que, una vez establecida a lo largo de una trayectoria biográfica determinada una identidad de género, ese resultado no es ya esencialmente modificable y por ello la persona necesitaría apoyo en el proceso de vivir de acuerdo con ella, lo que incluiría, en muchos casos, hacer posible la transición médica si lo desea.*

Blass trae entonces la cuestión de cuáles son nuestros referentes de partida. Dejando claro que la práctica analítica no ha de ocuparse de definir una normalidad prescriptiva, es inevitable que implique alguna idea sobre lo que es esencial a la naturaleza humana, lo que podríamos llamar, siguiendo el término que usa Freud en *Análisis terminable e interminable*, aunque no encerrándonos necesariamente en su contenido concreto, la “roca de base” –en la traducción de Amorrotu - o la “roca viva” –en la de Ballesteros-. Alguna noción de lo que es básico en la naturaleza humana, su fundamento, sirve como trasfondo a cualquier proceso de comprensión de significados subyacentes.

Por ejemplo, ilustra Blass, si un paciente habla de su intención de tener veinte hijos nos vamos a plantear el significado de esta declaración de manera diferente de si plantea su deseo de tener uno, o de encontrar pareja. En todos los casos nos plantearíamos cuáles son las dinámicas subyacentes al margen de que nos abstengamos de animarle en ningún sentido, pero sería extraño que no nos preguntáramos el porqué alguien quiera formar un clan. Esto implica una idea previa de cuáles son los deseos y necesidades humanos. Bell y Saketopoulou tienen ideas muy distintas de cuáles son los fundamentos cuando se trata de los aspectos de modificación corporal en la transición. Mientras que para Saketopoulou la modificación corporal para ajustarse a cierta concepción de identidad de género está dentro del abanico de posibilidades de cómo entendemos una posible expresión de la naturaleza humana, para Bell esto solo sería así en circunstancias excepcionales. Así que Bell no duda de hacerse la pregunta que Saketopoulou considera que no debería formularse: ¿Por qué quiere esta persona hacer ese cambio?

Cómo se llega a considerar que un asunto es fundacional para la naturaleza humana es, desde luego espinoso y cabe preguntarse si los psicoanalistas con el tiempo cambiarán sus supuestos básicos en la dirección a la que apunta Saketopoulou. No olvidemos que en el tema de la homosexualidad se ha producido en el psicoanálisis un viraje esencial desde la consideración de esta como intrínsecamente patológica a ser entendida como una expresión más del hecho sexual humano, al menos en lo teórico. ¿Nos encontraremos dentro de unos años recordando con perplejidad que teníamos dudas sobre la libre autodeterminación de género y el abordaje afirmativo? *Es indudable que*

hacer paralelismos con el ejemplo de la aceptación de la homosexualidad como una expresión más de la naturaleza (sexual) humana es pertinente, pero aun así es importante no olvidar que la cuestión de la modificación corporal que plantea el transgenerismo es propia de este y con implicaciones únicas. En cuanto a este aspecto concreto, quizás sea sugerente la referencia de Bell a los casos de lo que se ha venido a llamar trastorno de la identidad de la integridad corporal, ya que remiten a cuestiones de bioética similares.

Blass se pregunta si la postura de Saketopoulou, que ella misma considera esencial en su posición analítica, de no preguntarse el porqué implica una renuncia a interrogarse en todos los casos, no importando el contexto. ¿No habría alguna situación en la que reaccionara frente a algún hecho como si este no le pareciera una típica expresión de la naturaleza humana y esto la llevaría a preguntarse el porqué esa persona siente o actúa de una manera determinada? Claro está, sin que necesariamente esa pregunta que se hace como analista tenga que ponerse en conocimiento del paciente y sin que implique ningún intento de modificar la percepción de este. Blass trae el ejemplo de Bell al terreno de género y menciona a algunas personas que lo que desean es eliminar sus genitales y no reemplazarlos por otros, para ajustarse a un sentido de identidad *asexual*. Aunque a algún lector esto pueda sorprenderle, de hecho, puede encontrar en la red información sobre cirujanos que realizan este tipo de intervención, denominada anulación de género [gender nullification]. A través de la exploración de ejemplos como este, podemos tratar de identificar y pensar situaciones que nos producen no solo sensación de estar ante algo inusual o un rechazo personal, sino la de que algo no encaja con lo que consideramos la naturaleza humana básica. A partir de ahí podemos intentar formular cuáles son esos principios sobre los que construimos nuestra idea de lo que serían los límites de nuestra concepción de lo que es esencialmente humano. *Aunque Blass no lo formula así, y por tanto no sé si suscribiría este planteamiento, entiendo que lo que cuestionaría esos principios más o menos compartidos por la tradición psicoanalítica y que de alguna manera pertenecerían al campo de estudio de una antropología filosófica del psicoanálisis, no sería tanto la posibilidad de un sentimiento de identidad de género no congruente con el sexo asignado al nacer, sino la comprensión del cuerpo sexuado como un objeto a modificar para ajustarse a la identidad y no como un límite sobre el cual construirla.*

Echo de menos que Blass plantee la dificultad de la tarea de pensar sobre los fundamentos de la naturaleza humana sin caer en la tentación de definir la normalidad. El concepto de naturaleza humana es usado todos los días en el mundo que nos rodea para prescribir conductas, definir delitos, promulgar leyes, de las maneras más variadas y contradictorias entre sí. También dentro del propio psicoanálisis, nos guste o no, la idea de que hay una naturaleza humana implica una cierta noción de normalidad, y eso se filtra en la práctica, por mucho que hagamos esfuerzos para evitarlo. Precisamente, y en esto la propuesta de Blass acierta de pleno, explicitar frente a los demás y a nosotros mismos esos supuestos nos ayuda a darnos cuenta de cuándo y cuánto la idea de normalidad conforma la manera en que nos pensamos y pensamos al otro. Por no hablar de los condicionantes históricos de nuestras visiones de qué es lo fundacional en el psiquismo. No podemos descartar que modelos futuros de lo que es ser humano impliquen una idea de cuerpo que nada tenga que ver con la que ahora tenemos.

El interesante texto de Blass finaliza haciendo un buen resumen de las preguntas a que nos remite esta controversia:

El desarrollo humano requiere la aceptación de las inevitables limitaciones de la vida y el duelo por lo que uno no puede ser o tener. A la luz de esto, el debate sobre transgenerismo puede ser visto no solo como parte de un debate más amplio sobre las concepciones de la naturaleza de la persona, sino también como uno sobre la misma naturaleza del psicoanálisis y los tipos de concepciones nuevas que puede integrar y los que no. No es sorprendente entonces que mantener una discusión controversial sobre la posibilidad de pensar analíticamente sobre transgenerismo no sea tarea fácil. (Blass, 2020, p. 1118)

D'Angelo: El hombre que estoy tratando de ser no soy yo

El caso clínico que incluimos en esta reseña se publica en el mismo número del IJP que los artículos incluidos en la sección de controversia y me parece un ejemplo valioso de un abordaje contemporáneo relacional de la problemática trans que a la vez no renuncia al cuestionamiento del porqué el paciente ha llegado donde ha llegado en su proceso de transición. Roberto D'Angelo es un psiquiatra y psicoterapeuta ubicado en Australia. Trabaja con adolescentes, adultos y parejas desde una perspectiva de psicoanálisis relacional contemporáneo, ejerciendo como supervisor y analista didáctico en el Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo de Los Ángeles.

En su artículo, con el título “El hombre que estoy tratando de ser no soy yo” [The man I am trying to be is not me] narra el proceso terapéutico con Josh, un joven trans cuya vida se había desmoronado tras la transición médica.

El análisis con Josh comienza sostenido en un engaño: D'Angelo acepta recibir al paciente sabiendo que es trans, pero comprometiéndose con el analista que se lo deriva a no desvelar que lo sabe. D'Angelo supone que ha sido elegido por su colega por su condición conocida de homosexual, pero no se atreve a preguntar si esa es la verdadera razón, y tampoco si el paciente la conoce.

Josh tiene 23 años y es un joven menudo, vestido de negro, con una imagen de tipo duro de barrio. Su expresión, aunque en principio amenazante, tiene algo de atemorizada. Sus modos son muy masculinos, aunque su cuerpo deja entrever ciertas formas femeninas. Más bien silencioso, con un discurso nada afectivo, le hace preguntarse a D'Angelo si lo que parece ocultar es su condición de trans o algo más.

A pesar del deseo del analista de explorar la historia de género de Josh, las condiciones que había aceptado en la derivación le impedían abordar el tema. El paciente estaba paralizado por la ansiedad en las relaciones. Sin amigos, no se sentía capaz de conseguir un trabajo o tener una relación de pareja. Encerrado en su habitación, desesperanzado, a veces tenía ganas de morir.

A los dos meses de empezar el tratamiento, Josh le cuenta a D'Angelo que es trans, pero, ante la falta de curiosidad del paciente, este no desvela que ya lo sabía. La relación se ha construido de manera que se esconden el uno del otro.

Lemma (2012) sugiere que algunas experiencias trans implican una falla precoz en la especularización contingente. En el análisis, el paciente necesitaría que su experiencia corporal dolorosa sea vista y metabolizada por el analista. D'Angelo, por otro lado, propone que la necesidad de ser visto en el género deseado puede a veces implicar

un deseo inconsciente de ocultarse. Finalmente, Josh empieza a hablar sobre su experiencia de “haber nacido en el cuerpo equivocado”, lo que D’Angelo considera “una reificación del binarismo de género en la cual el cerebro experimenta el género correcto y el cuerpo tiene el equivocado” (D’Angelo, 2020, p. 952).

Josh tomaba testosterona y se había extirpado los pechos, útero y ovarios a los 19 años. En la adolescencia, con el crecimiento mamario, su malestar se había disparado hasta hacerse intolerable y estaba convencido de que la mastectomía le había salvado del suicidio. Pero después de la cirugía su vida se había desmoronado. Una posibilidad que sugiere Lemma (2018) es que en ciertos casos la transición corporal no consigue borrar el vínculo del cuerpo con el pasado y sus orígenes. En el caso de Josh, le había aislado socialmente e impedido trabajar.

El analista trata de explorar qué era tan insoportable de su experiencia corporal, así que le pregunta por qué el pecho le perturbaba tanto. La respuesta de Josh es una mezcla de irritación y perplejidad: ¿cómo se sentiría él si le salieran pechos? D’Angelo siente vergüenza sin saber bien por qué, no sabe qué decir, está confuso. Esta interacción es un ejemplo de muchas otras en las que el analista se siente coartado para hablar del género y del cuerpo.

La experiencia de Josh la entiende D’Angelo como expresión del concepto de *trauma de género masivo* (Saketopoulou, 2014), el horror de experimentar cómo el cuerpo no se ajusta a la identidad de género. Pero D’Angelo no deja de preguntarse qué es lo que hacía para su paciente tan insoportable la femineidad y qué había en la masculinidad de idealizado para entenderla como una solución. La intensidad del horror sobre su cuerpo de mujer y la realidad innegable de que después de la transición tampoco el paciente había podido continuar con su vida, le hace pensar al analista que hay en juego algo más que el trauma de género. Había preguntas que D’Angelo consideraba importante hacerse: ¿cuáles eran los orígenes relacionales de su experiencia de sí mismo?, ¿cuáles eran sus nociones de género y quién las había definido? ¿cómo llegó a sentirse hombre o mujer?

El analista se siente en este punto paralizado, el rechazo del paciente a explorar la construcción de su identidad de género implica someterse a ese veto, dejar el control de la relación al paciente y relacionarse de manera engañosa. D’Angelo duda de sí mismo, piensa qué quizás no sea capaz de entender lo que significa ser trans, y eso le estaría llevando a problematizar algo que Josh simplemente necesita que sea aceptado. Se plantea si sus *por qué* son fruto de la transfobia, de problemas contratransferenciales como los descritos por Hansbury (2005, 2017). Siente que no le es fácil aceptar al paciente en su totalidad como hombre y cuando este expresa su deseo de someterse a una faloplastia, cirugía que el analista sabe que no da buenos resultados, se preocupa.

A la vez que D’Angelo sospecha de sí mismo posibles dificultades para aceptar lo trans, siente que entiende muy bien el malestar de género de Josh. Cuando él mismo era niño, quiso ser una niña y el desarrollo de sus caracteres sexuales masculinos le resultó inquietante. Tras entrar de pleno en la adolescencia ya tuvo claro que era un hombre y que le gustaban los hombres. Entonces empezó a sentirse poco masculino, luchando hasta bien entrada la edad adulta con el dolor de no encajar en las prescripciones de género. En su análisis personal pudo reconciliarse con esta experiencia, definiendo el tipo de hombre que finalmente sería, al margen de los estereotipos. Desde esta trayectoria, se pregunta si habiendo entrado en la adolescencia en el momento actual hubiera llegado a ser trans.

Quiere que su paciente pueda encontrar una solución liberadora y se pregunta si Josh hubiera podido ser ayudado para encontrar otro camino, un camino que quizás ya es demasiado tarde para tomar, en el que hubiera podido rebelarse, no conformarse con el orden social imperante. Como Goldner expresa (2011), las subjetividades trans “a la vez que debilitan el binarismo de género, también lo ratifican”.

En la contratransferencia, el historial quirúrgico de Josh, junto con su deseo de someterse a más cirugías, produce una alarma que D'Angelo cree que puede ser una especie de angustia de castración (Chiland, 2000). Como médico, habiendo pasado por una residencia hospitalaria, el analista no olvida su contacto con los dolorosos postoperatorios y las complicaciones de la cirugía, y no puede compartir la fantasía del paciente en la omnipotencia de la medicina. Cuando Josh le enseña las cicatrices de su torso, no puede más que sentir dolor ante lo que solo puede ver como un acto traumático contra un cuerpo joven y hermoso.

Le inquieta el deseo urgente del paciente por someterse a una faloplastia antes de tener una mínima comprensión de lo que le ocurre, con el riesgo de volver a encontrarse con que nada ha cambiado internamente. En la historia del psicoanálisis, la reasignación de sexo se ha entendido como una forma de actuación de algo que no puede manejarse a nivel psíquico y ser pensado (Quinidoz, 1998). En el psicoanálisis contemporáneo, algunos autores, como la propia Saketopoulou, tienen una comprensión más compleja en la que lo psíquico no necesariamente tiene prioridad sobre lo físico, y que sostiene que a veces cierto trabajo esencial para el paciente solo puede hacerse a través de la modificación corporal.

Josh no quiere en este momento desvelar su nombre antes de la transición, pero cuenta que era una niña tímida y solitaria, que sufrió acoso en el colegio y no tenía amigos. Su hermano mayor la aterrorizaba con su carácter violento amenazándola físicamente y entrando en su cuarto sin permiso para dibujar en su cara mientras dormía. Ella se sometía por miedo. Cuando el analista muestra su indignación por lo ocurrido, por primera vez Josh se da cuenta de la dimensión del maltrato. Nunca se quejó a los padres, se esperaba que se sometiera. La incapacidad para hablar y defenderse es la misma que actualmente le paraliza en las relaciones con los demás.

En la adolescencia, la niña que Josh fue siente incomodidad con su cuerpo femenino y la conciencia de ser posiblemente lesbiana. Para su entorno, ser masculina y lesbiana era equivalente y vergonzoso. Empezó a sentir que había algo erróneo en ella y concluyó que era demasiado masculina para ser una chica y que por eso no le gustaba a nadie. Sin embargo, como hombre, no podría ser demasiado masculino, el género parecía ser a la vez el problema y la solución.

La transición de género estaba basada en la fantasía de que se convertiría en alguien diferente, alguien seguro de sí mismo y no vulnerable a la agresión de los demás. Cuando después de la cirugía se dio cuenta de que eso no había cambiado, empezó a deprimirse y a tener ideas autolíticas. En realidad, la transición había intensificado el problema de género. Le gustaba su nuevo cuerpo, pero, tan atrapado como antes en los estereotipos, ahora se encontraba no suficientemente masculino. Así fue construyendo una representación cliché de masculinidad, que no solo escondía la femineidad que le horrorizaba sino quizás algo más profundo, un miedo al contacto interpersonal, a ser conocido por el otro.

La interacción entre paciente y analista en lo transferencial-contratransferencial era repetitiva. Josh se quedaba mudo ante algunas cosas que decía el analista, estableciéndose un silencio que quizás hacía sentir a D'Angelo la experiencia de desesperación de Josh al sentirse en presencia de un otro indiferente. Tal vez estaba experimentando la parálisis que el paciente sentía con su hermano. En una ocasión que D'Angelo expresa su frustración, el paciente le contesta “¿y qué tal si me voy y vuelvo en cinco minutos cuando hayas recuperado el control?” (D'Angelo, 2020, p. 955), dejando al analista sintiéndose demasiado emocional, débil, lleno de vergüenza. Nos cuenta D'Angelo: “Estas interacciones implican cambios en la manera en que se distribuía el poder en la dñada, en términos de quién era dominante, quién se sometía, quién era fuerte y quién era silenciado. El género se convirtió en el soporte de esas permutaciones de poder, y durante esas interacciones, Josh era el hombre ‘estoico’ y yo era la ‘mujer histórica’, demasiado emocional, desdeñable” (p. 956).

A pesar del avance en la comprensión de su historia, hablar directamente de su experiencia de la femineidad y la masculinidad seguía siendo imposible: “Está muerta. Me libré de ella. Me alegro de que ya no exista” (p. 956). Ser visto como menos que un hombre *de verdad*, o como trans, o como mujer, era degradante y eso le aterrorizaba. Ser mujer estaba asociado, posiblemente, con la vulnerabilidad, la subyugación, la degradación sexual. El sexo le aterrorizaba y no había tenido ningún contacto sexual. Las imágenes pornográficas de penetraciones le asustaban y ser penetrado no era pensable siquiera, de ahí su deseo de la faloplastia. El analista se preguntaba si había existido abuso sexual por parte del hermano.

D'Angelo no podía sentir indiferencia ante la niña que Josh había sido. Sentía pena por ella y enfado por el desprecio de Josh hacía ella. Quitársela de en medio había sido quizás una manera de alejarse de la vulnerabilidad, el terror y el dolor, para empezar de nuevo. En ese punto, el analista se atreve a plantearle a Josh el deseo de haberla conocido y su convicción de que quizás no se hubiera ido del todo. Sentía que algo importante había ocurrido antes de la transición y que aceptar sin más el deseo de Josh de descartar su pasado femenino hubiera sido como abandonarle analíticamente. Después de esta difícil conversación, empezó una nueva fase en la terapia. Josh le contó que se había llamado Catherine y trajo fotos que estuvieron mirando durante varias sesiones.

Esto fue el comienzo de un proceso analítico que giró alrededor de mucho más que el género. Josh le dijo a D'Angelo que creía que había tenido suerte de encontrarle a él, un hombre que se sentía cómodo con su lado femenino. El analista habló entonces de su homosexualidad y le contó que su biografía incluía una lucha para ser él mismo a pesar de la presión social. Josh entonces le dijo que no le extrañaba nada lo que le contaba y que, de hecho, se sentía más masculino que el analista, un hombre cisgénero, y que eso le gustaba. A veces Josh le describe como afeminado y parodia ciertos manierismos, haciendo a D'Angelo sentir de nuevo la vergüenza relativa al género que había vivido en otros momentos. Por el otro lado, a veces D'Angelo se siente superior a su paciente al saberse un hombre con pene. En estos juegos de poder, el más femenino era el perdedor. Lo central de estas dinámicas le hizo pensar a D'Angelo en lo humillada que Catherine se debía de haber sentido y en lo que se le había transmitido sobre la femineidad y la masculinidad.

¿Qué estaba pasando entre un hombre-trans-ex-lesbiana y un analista hombre-cis-gay? Hansbury (2017) sugiere que los analistas heterosexuales pueden temer ser engañados y caer en la homosexualidad al trabajar con pacientes trans. Y que los analistas

homosexuales pueden defenderse con transfobia para protegerse de deseos heterosexuales. D'Angelo se plantea si está experimentado un *pánico heterosexual* que contribuye a la dinámica repetitiva descrita. O quizás está luchando con miedos de castración al enfrentarse con un hombre sin pene (castrado), o ser simbólicamente castrado por un paciente que afirma superioridad masculina y designa al analista como el femenino degradado.

A la vez, precisamente la peculiaridad de la díada que formaba ese analista con ese paciente podía abrir ciertas posibilidades. Corbett (2002) ha abordado la experiencia de otredad de los hombres gay, a veces asociada a sentirse no suficientemente masculino. D'Angelo plantea que, aunque la experiencia de género de los hombres homosexuales y de los trans es diferente, ambas implican una identificación con el otro género. Este aspecto de la subjetividad del analista se convirtió en un componente central de la interacción analítica, haciéndole sensible a la vergüenza asociada a lo femenino en ese campo relacional. Posiblemente también esto hizo posible que Josh se arriesgase a dar a conocer a Catherine, al saber que su analista había luchado con una experiencia similar.

Progresivamente, la interacción se empezó a experimentar de manera distinta. D'Angelo identifica que aquel de los dos que logra ocupar el lugar de la masculinidad, y librarse de la femineidad degradada, ejerce poder sobre el otro, y puede determinar de qué se puede hablar y de qué no en relación con el género y el cuerpo. La cuestión de la que se habla, la relación entre poder y género, a la vez es actuada en la relación de dominancia y sumisión. Contenido y proceso convergen organizando la relación. D'Angelo se da cuenta de que la interacción no trata de conexión, sino de una especie de representación, en la que lo importante no es conocer al otro, sino más bien neutralizar un contacto emocional verdadero mediante el engaño, la ocultación y el control. La lucha de género se pone al servicio del objetivo de impedir la conexión.

Laing (1960) planteó que, enfrentado el sujeto a amenazas psíquicas catastróficas, se crea un falso *self* que es performativo y controla cómo es percibido, limitando la manera de relacionarse con el mundo. Celenza (2014) hace una lectura relacional de la perversión entendiéndola, más que como una cualidad de la persona, como un modo de relacionarse que incluye un intento de controlar la subjetividad interna a través de la limitación de la experiencia o un intento de controlar la subjetividad del otro, constriñendo el contacto íntimo. D'Angelo entiende que Josh estaba usando el género para hacer esa función, para controlar cómo se relacionarían y para limitar cómo y hasta qué grado podían conocerse el uno al otro. Tanto Laing como Celenza describen relaciones que se construyen sobre la ocultación, el control y el engaño. En este caso hubo un engaño mutuo en el intento del paciente de ocultar su condición de trans, mientras que a la vez el analista ocultaba el hecho de que estaba en posesión de esa información. D'Angelo se pregunta si este último hecho podría explicar algo de la resistencia de Josh, como si en algún nivel se diera cuenta de que algo no cuadraba y esto alimentara la necesidad de controlar al analista. A día de hoy, el paciente afirma que no habría acudido a la primera sesión si hubiera conocido que el analista sabía que era trans. También piensa que sin análisis se habría suicidado.

La evitación del contacto verdadero entre los dos era evidente en relación con el cuerpo y a cómo se podía hablar de él. El analista se dio cuenta de que se sentía presionado para evitar ciertas palabras, usando términos sin género para hablar del cuerpo de Josh. Cuando entonces usó la palabra *vagina* por vez primera, el paciente se enfadó y le pidió que solo dijera *genitales*, ya que no era necesario asignar un género a sus órganos

sexuales. D'Angelo sentía que no estaba asignando un género al cuerpo, sino que estaba solo designando una realidad anatómica. Quería saber qué significaba tener una vagina, por qué la palabra estaba censurada, pero para Josh el tema era innegociable, no se podía hablar de ello. “Me sentí arrinconado. No fue solo su control autocrático de lo que podía hablarse, sino que esperaba que yo lo acatase sin que me diera ninguna explicación, lo que nos zambulló en esta actuación coercitiva” (p. 959). D'Angelo se preguntaba si debía evitar la palabra, perpetuando algo que le parecía un acuerdo engañoso, como si los genitales de Josh no fueran lo que eran. Lo sentía como una negación de lo que creía verdadero: la realidad anatómica del cuerpo, *no* una creencia sobre la determinación del género por la anatomía. Sentía la misma presión que si le hubiera pedido que estuviera de acuerdo en que no tenía manos. Dudaba de si lo correcto era hablar o callar.

Le preguntó cómo podrían saber de qué hablaban si no se podían usar palabras específicas y si quería que le mintiera. Con irritación, Josh volvió a prohibirle usar la palabra. D'Angelo volvió a sentirse confuso, a dudar de si su manera de pensar era una imposición transfoba y que quizás lo mejor entonces era no hablar. Empezó a dudar de si podía confiar en su propia mente.

En ese tipo de interacciones, el sentido de la realidad y la percepción de su propio cuerpo y género del analista se ponía en cuestión, y se sentía “a la deriva en un mundo donde cualquier cosa podía significar cualquier cosa, ser mujer podía ser hombre, y la fisicalidad del mundo era simplemente una ilusión construida” (p. 959). D'Angelo señala que para analistas como Hansbury (2017) este tipo de contratransferencia está originada en la transfobia. La duda era si continuar hablando con sinceridad o implicarse en una colusión engañosa diciendo algo que no creía. Si se adaptaba a la directiva de Josh, borrando su propia subjetividad y no confiando en su propia mente, ¿cómo podría haber un contacto verdadero entre ellos, en medio del engaño y la sumisión? Le contó a Josh su dilema: que se sentía presionado para obedecerle. Podría acomodarse e ignorar lo que estaba realmente pensando, tal y como Josh había hecho con su propia familia. Lo que más le preocupaba, sin embargo, era que temía no saber nunca más qué era verdadero si realmente aceptaba su afirmación de que no tenía una vagina.

La estructura de este dilema es emblemática en este caso. A la vez que cuestionaba las prescripciones de género, Josh también prescribía cómo le estaba permitido pensar y hablar a su analista, a través del medio del género. D'Angelo experimenta aspectos de la interacción terapéutica como coercitivos, como un intento de constreñir su libertad de pensar sus propios pensamientos. Esto tenía un paralelismo con la manera en que Josh se estaba limitando dentro de una definición estrecha y convencional de lo que significaba ser un hombre, que era más una prisión que una liberación. La cuestión central, dice D'Angelo, no era quién estaba en posesión de la verdad, sino si podía haber un reconocimiento mutuo y libertad relacional en vez de sometimiento y restricción.

D'Angelo aclara que no estaba cuestionando el derecho fundamental de Josh a vivir y definirse según su elección, al margen del sexo de su cuerpo, sino planteando la necesidad de explorar los efectos relacionales de esa dinámica. Lo que puede entenderse como una súplica por el reconocimiento, también puede verse como una dinámica de dominación y sumisión que impide la mutualidad y el contacto.

La duda se podría formular en si le ayudaría a Josh que su terapeuta aceptara estar de acuerdo en que *no* tiene una vagina, o, por el contrario, sería mejor para Josh ser capaz de manejar los pensamientos de su analista acerca de la materialidad de su cuerpo. Eso

no quiere decir que una persona con vagina no pueda identificarse como hombre y vivir como tal. Tampoco se trataría de que la percepción del analista sea más exacta o verdadera, o de si Josh es realmente hombre o mujer, insiste D'Angelo, queriendo dejar claro que su pretensión no es que sea el analista quien haya de definir el género del paciente. Más bien se trata de ver si es posible conectar de una manera verdadera respetando la experiencia del otro, manteniendo el mutuo reconocimiento sin fusionarse. Implica también para D'Angelo la esperanza de que en algún momento Josh pueda decir "puedes ver el sexo de mi cuerpo como femenino, pero eso no determina quién siento que soy. No tengo que ocultar más mi cuerpo para controlar cómo tú me ves y reaccionas ante mí" (D'Angelo, 2020, p. 960). Su deseo de ser reconocido como hombre le pone a merced de la aprobación de los demás, y hace que necesite controlar la respuesta del otro.

Finalmente, hablar sobre la materialidad de su cuerpo de esta manera produjo un cambio. D'Angelo cree que sucedió un momento mutativo en el proceso cuando pudo articular la lucha interna para poder hablar y el miedo a perder la cordura si se sometía a una perspectiva con la que no estaba de acuerdo. Benjamin (2012) plantea que en algunos *impasses* no hay otra manera de salir que el que el analista tome la iniciativa de hacerse cargo de algo de lo que no se está pudiendo asumir. Esto puede significar responder desde dentro de la identificación proyectiva, poniendo en palabras lo que ocurre antes de que el propio paciente sea capaz. Saketopoulou (2014) ha insistido en la importancia de aceptar la realidad del cuerpo para que la transición pueda ser más sana psicológicamente tras hacer un proceso de duelo con relación al género que se asigna al nacer. Además de considerar este proceso interno, la aceptación o negación del sexo del cuerpo puede también ser considerado en términos de sus efectos relacionales. En el trabajo de Saketopoulou, su paciente, de cinco años, cree que es una niña y está teniendo una deriva psicótica, se altera mucho cuando lo tratan como varón y sus padres, por ello, omiten las palabras en masculino. ¿Cuánto de la psicosis que está en curso es el resultado de la erosión de la realidad en ese diálogo donde nadie habla ya de la realidad de su cuerpo sexuado? ¿Están los padres contribuyendo a un engaño mutuo negando lo material de su corporalidad?

En este pasaje el analista muestra la tensión entre la convicción de que debe de alguna manera ser garante del principio de realidad, y la duda de si estará actuando su transfobia en el intento de desembarazarse del terror primitivo de género descrito por Saketopoulou. También podemos plantearnos si con su intervención estaría retraumatizando a Josh, en el sentido de reactivar lo que la misma autora describe como trauma de género masivo, imponiéndole, sin considerar el timing, la aceptación de una idea que el paciente vive como humillante y cuestionadora de su realidad interna. Todo ello sin perder de vista el juego de dominación que D'Angelo describe, en el que el intercambio de las posiciones femenina (que Josh ocuparía en virtud de su realidad corporal) y masculina define quién controla al otro e impone el discurso que puede circular. El análisis de la constratransferencia es esencial aquí para no dañar a un paciente tan vulnerable.

D'Angelo nos cuenta que hablar de su corporalidad y de las respuestas del analista a ella hizo posible que Josh reclamara partes perdidas de sí mismo y que empezara a acceder a lo que no podía ser sabido o sentido. D'Angelo piensa que la exposición de alguien como trans puede ser el primer paso hacia una existencia más auténtica, un movimiento valiente de liberación de un sistema de falso *self* basado en el sometimiento a las pretensiones de la familia y la sociedad. Pero en el caso de Josh no hubo tal liberación, seguía aprisionado en una elaboración de falso *self*. Se dio cuenta de que había

eliminado todo lo *femenino* y creado una forma de ser impenetrable que perpetuaba su soledad. Esto le hace cuestionar la premisa de su transición:

Estoy redescubriendo cosas sobre mí mismo -que tengo rasgos femeninos. Me estoy dando cuenta de que *el hombre que estoy tratando de ser no soy yo*. Es lo que yo pensé que tenía que ser, *para ser visto como un hombre*. Al intentar ser masculino, creo que me he desconectado de aspectos de mí mismo, como la amabilidad, o la calidez, y me he estado haciendo daño con ello. Lo he hecho de tal manera que nadie se acerca a mí. (D'Angelo, 2020, p. 962)

En un momento dado, el paciente pregunta al analista si se había dado cuenta de que era trans antes de que él mismo se lo comunicara y D'Angelo ya no quiere mentirle. Como es lógico, Josh se enfada, se siente traicionado. Pero son capaces de explorar cómo su necesidad de controlar cómo la gente le veía y esconderse estaba implicada en este proceso de engaño mutuo. Entonces, se anima a preguntar si D'Angelo le veía como a cualquier otro hombre o si había algo que lo delataba. Ante la duda en responder, insiste, quiere saber la verdad. El analista le dice que pensaba que su cara, de finos rasgos, era andrógina. También, añadiendo que le provoca ansiedad decírselo, que a veces notaba sus caderas, que parecían más femeninas. D'Angelo en seguida se da cuenta de que a Josh le perturba ese comentario, y se pregunta si debía de haber callado, si debía haberle preguntado primero qué significaría que le dijera que encontraba rasgos femeninos.

Lo que emergió a partir de ese momento fue inesperado. Josh empezó a hablar de cómo había odiado sus caderas en la adolescencia, tanto como sus pechos. Su madre siempre le comentaba que eran demasiado anchas y que estaba engordando. La madre misma, frente al espejo, se quejaba de la fealdad de sus propias caderas, así como del tamaño excesivo de sus pechos. Vigilaba de manera intrusiva la talla del sujetador de Catherine. D'Angelo piensa entonces en su lucha con Josh sobre la masculinidad y la femineidad. Lemma (2013) plantea que las identificaciones proyectivas parentales pueden cargar el cuerpo con un *self* extraño y así lastrar el desarrollo sexual y de género. Desde esta perspectiva, se podría entender la vergüenza y degradación asociada a la femineidad que proyectivamente Josh y D'Angelo se intercambiaban como un contenido evacuado por la madre, que inducía el mismo estado en la hija.

¿Qué significaban estas experiencias para Catherine en términos de su *self* erótico naciente y la confusión sobre deseo, género y orientación sexual? Si su experiencia de género había sido colonizada por el odio de su madre a su propio cuerpo de mujer, ¿fue eliminar el cuerpo femenino una manera de librarse de esos significados? Algunos autores plantean que tal colonización es central en la experiencia de algunos hombres trans. La comprensión de Josh de que querer ser un hombre era una manera de impedir la cercanía de otro, toma así un significado mucho más profundo.

A continuación de este trabajo, vino un periodo donde Josh se da cuenta de que no está ya seguro si es un hombre, pero tampoco se identifica con ser mujer. Se da cuenta de que la transición había significado que ya nadie le decía cómo vestir, que su madre ya no le tocaba y su hermano había dejado de ser tan intrusivo. Tal vez había hecho la transición para callar y silenciar a otros y para manejar su rabia sobre la opresión familiar sin siquiera tener que hablar de ello. También empezó a preguntarse si podía haber sido más feliz como una mujer masculina si no se hubiera sometido a las prescripciones de género de sus padres.

Esto supuso un cambio profundo en el foco del trabajo, desde el género al problema primario de las maneras en que Josh se escondía y controlaba el contacto interpersonal. Empezó a ver su preocupación con su apariencia, el proceso interminable de perfeccionamiento de la masculinidad, su deseo de más cirugías, como un intento de ser lo que no era. Sintió que la transición había intensificado su ansiedad y que le aislaba de la posibilidad de contacto íntimo, y también pena por los años atrapado dentro de su preocupación de género. En este punto tuvo un sueño inquietante:

Estoy viviendo en la misma casa que alguien muy cercano, aunque no sé quién es. Entro en su habitación porque aún no se ha despertado y encuentro que se ha matado. Es un chico, todo vestido de negro [como el mismo Josh] que se ha matado disparándose en la cabeza así que solo hay un cuerpo sin cabeza. (p. 964)

En el trabajo con este sueño, entendieron que mostraba cómo el proceso de la transición implicaba perfeccionar el cuerpo hasta que pareciera convincentemente masculino, pero también implicaba un *asesinato* en el que destruía aquellas cosas que le hacían reconocible tal y como era. Se había convertido en un hombre, pero sin cara, irreconocible y aislado. Su historia era una especie de suicidio interno como manera de controlar a los demás y sentirse seguro. En sus propias palabras: “Me quité de en medio, mis sentimientos, mi mente, y me convertí es esta persona sin nada dentro”.

Josh se da cuenta de que siente terror ante la gente, sobre todo los hombres. También cuando entra en la consulta, no sabe qué puede pasar. Recuerda un terror a ser violada antes de la transición y lo relaciona con el miedo a su desarrollo sexual. Tenía miedo por la noche cuando niña, sufrió enuresis hasta los siete y dormía con una luz encendida hasta antes de la transición. Recordaba la alucinación recurrente de que había tres hombres barbudos en su habitación; otras veces veía un cuerpo muerto en la bañera cuando iba al baño por la noche. Cuenta ahora que lo que su hermano pintaba en su cara por las noches mientras ella estaba dormida eran penes.

Empieza a sentirse cada vez más curioso sobre por qué había tenido tanto miedo como niña y aparecen recuerdos perturbadores del comportamiento intrusivo y sexualizado de su hermano. Se pregunta por qué a veces se cierra tanto con el analista: “Quizás hay cosas que no quiero recordar. Quizás no tener pensamientos es mejor que saber algo que quizás no sea capaz de manejar” (p. 964). D’Angelo nos cuenta la aprensión que ese comentario le produce.

Josh solo se imagina teniendo intimidad con una mujer, pero continúa sintiendo desagrado por el cuerpo femenino. Explorando el enfado con su madre, se da cuenta de que la mastectomía fue una manera de dejar claro que no era ella. Creyó que la testosterona le haría librarse de las caderas. La transición corporal era la demarcación de la separación con su madre y a la vez una expresión de agresión. Una manera de tener una existencia diferenciada y no ser una extensión de ella. Josh se alegra de haberse operado, pero a la vez siente dolor al darse cuenta de qué fue lo que le movió a hacerlo.

La contratransferencia con pacientes trans más allá de la transfobia

Las actuaciones coercitivas en la relación terapéutica con Josh pueden entenderse como repetición de las interacciones sadomasoquistas propias de su sistema familiar, y como una protección del contacto con otros, al impedir la intimidad. Para D’Angelo, poder confrontar esas dinámicas le permitió avanzar en la comprensión y señala que

considerar automáticamente que la transferencia complicada con pacientes trans es resultado de la transfobia puede impedir acceder a otros significados. Aquí D'Angelo nos pone en un contexto más amplio. La escalada en los últimos años en el número de jóvenes, sobre todo mujeres biológicas, que se identifican como trans, en paralelo con la aparición de movimientos sociales que luchan por la despatologización y la protección de los transgénero, ha presionado para que cada vez más se entienda lo trans como una variante normal del desarrollo de género. Esto ha estigmatizado cualquier enfoque clínico que se pregunte por las causas de una identificación de género concreta. La misma legislación en Australia, país donde D'Angelo ejerce, protege la afirmación de género y está diseñada para prohibir la terapia de conversión de género, haciendo mención al psicoanálisis junto con la terapia aversiva. Esto no favorece precisamente que los analistas se sientan cómodos haciendo(se) preguntas sobre cómo se llega a una identidad trans.

D'Angelo vuelve aquí a un episodio ya descrito del análisis con Josh. Plantea que su confusión en respuesta a la pregunta de este “¿cómo te sentirías si desarrollaras pechos?” era algo más que una manifestación de ansiedad sobre los roles de género y los cuerpos sexuados. La incapacidad para pensar en ese momento les mantuvo alejados de un importante material histórico traumático entretelado en la experiencia corporal y la agresión del paciente. La confusión que sentía el analista cuando trataban de hablar del cuerpo de Josh estaba relacionada con una *prohibición de saber* sobre una historia de violación y sometimiento. Lo que diferenciaría este fenómeno de una resistencia desplegada por el paciente es la implicación inconsciente del analista en un tipo de prohibición de saber y experimentar (Baranger y Baranger, 2008; Stern, 2013).

Josh ya no cree que sea un hombre y prefiere evitar las categorías de género. No tiene necesidad de *pasar* como hombre. Al darse cuenta de todo lo que estaba en juego en la transición corporal piensa que hubiera sido bueno hablar con alguien como su analista antes de tomar decisiones. Es verdad que cree que la modificación corporal le salvó la vida, pero fue a costa de vaciar de significación su sufrimiento. Quizás tampoco antes de la transición hubiera sido posible ningún trabajo terapéutico. Silverman (2015) sugiere que tal vez la transición hace posible la exploración de experiencias traumáticas y partes del *self* que no estaban accesibles anteriormente.

D'Angelo resume, para finalizar, el lugar del clínico en esta encrucijada:

Navegamos en el terreno de la intersección entre las políticas de liberación trans y la compleja construcción de la experiencia individual de género. Intentamos estar abiertos a posibilidades hasta ahora no imaginadas, mientras que al mismo tiempo exploramos qué es lo que vehiculiza el género y qué uso se le da en el contexto de la vida de cada persona. El trabajo psicoanalítico puede clarificar de manera crucial qué posibilidades conducen a una mayor autenticidad y libertad... (p. 967)

Referencias

- Bannerman, L. (5 de diciembre, 2020). David Bell: Tavistock gender clinic whistleblower faces the sack. *The Times*. <https://www.thetimes.co.uk/article/david-bell-tavistock-gender-clinic-whistleblower-faces-the-sack-rtkl09907>
- Baranger, M. y Baranger, W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 795–826.

- Bell, D. (28 de octubre, 2020). First do no harm. *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1031-1038. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810885>
- Benjamin, J. (2012). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. En L. Aron y A. Harris, *Relational psychoanalysis Volume 4: Expansion of theory* (pp. 91–130). Routledge.
- Blass, R. B. (28 de octubre, 2020). Introduction to “Can we think psychoanalytically about transgenderism?”, *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1014-1018. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1818967>
- Celenza, A. (2014). *Erotic revelations: Clinical applications and perverse scenarios*. Routledge.
- de Celis Sierra, M. (2018). ¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11. *Clínica Contemporánea*, 9(2), Artículo e18. <https://doi.org/10.5093/cc2018a15>
- de Celis Sierra, M. (2019). Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Clínica Contemporánea*, 10(3), Artículo e25. <https://doi.org/10.5093/cc2019a17>
- Chiland, C. (2000). The psychoanalyst and the transsexual patient. *International Journal of Psychoanalysis* 81(21), 819–823.
- Corbett, K. (2002). The mystery of homosexuality. En M. Dimen y V. Goldner (Eds.), *Gender in psychoanalytic space* (pp. 21-39). Other Press.
- D’Angelo, R. (9 de septiembre, 2020). The man I am trying to be is not me. *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 951-970. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810049>
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Goldner, V. (2003). Ironic gender/authentic sex. *Studies in Gender and Sexuality*, 4(2), 113-139.
- Goldner, V. (2011). Trans: Gender in free fall. *Psychoanalytic Dialogues* 21(2), 159–171.
- Hansbury, G. (2005). Mourning the loss of the idealized self: A transsexual passage. *Psychoanalytic Social Work* 12(1), 19–35.
- Hansbury, G. (2017). Unthinkable anxieties. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 4(3–4), 384–404.
- Laing, R. (1960). *The divided self*. Tavistock Publications.
- Lemma, A. (2012). Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(4), 263–281.
- Lemma, A. (2013). The body one has and the body one is: Understanding the transsexual’s need to be seen. *International Journal of Psychoanalysis*, 94(2), 277–292.
- Lemma, A. (2018). Trans-itory identities: Some psychoanalytic reflections on transgender identities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(5), 1089–1106.
- Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans [Borrador]. (2020). https://www.newtral.es/wp-content/uploads/2021/02/2021-02-02_Borrador-Ley-Trans.pdf?x42453
- Littman, L. (19 de marzo, 2019). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 14(3), Artículo e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157> Vi

- Quinidoz, D. (1998). A Fe/Male transsexual patient in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis* 79, 95–111.
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 62(5), 773–806.
- Saketopoulou, A. (23-26 julio, 2015). *This compromise formation that is gender: Countertransferential difficulties in work with transgender analysands*. 49th Congress of the International Psychoanalytical Association, Boston.
- Saketopoulou, A. (28 de octubre, 2020). Thinking psychoanalytically, thinking better: Reflections on transgender. *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1019-1030. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810884>
- Silverman, S. (2015). The colonized mind: Gender, trauma, and mentalization. *Psychoanalytic Dialogues*, 25(1), 51–66.

¹ En este documento se usa el término *trans* como abreviatura de transgénero, según el uso que se hace en los trabajos reseñados. En realidad, se trata de un término *paraguas* que incluye realidades muy diversas, desde personas que tienen un sentimiento de no adecuación entre el género al que sienten pertenecer y su cuerpo, pero que viven con más o menos conflicto de acuerdo al sexo asignado al nacer; pasando por individuos que se muestran de acuerdo al género sentido, pero sin someterse a intervenciones médicas; hasta los que han hecho una transición completa al otro género que incluye hormonación y cirugía. No descarto que ese agrupamiento de muchas distintas realidades sea problemático, ya que detrás de los diferentes recorridos puede haber diferencias esenciales en algunas de las cuestiones a las que este trabajo se refiere. Con lo que sí habría que hacer una distinción es con lo que se ha llamado *disconformidad de género* [gender nonconformity], que implica un cuestionamiento de la expresión y los roles de género prescritos por las convenciones sociales y que solo en un uso laxo del término *trans* se podría considerar incluido en este. Esta distinción es especialmente importante en menores.

² La transfobia [del inglés *transphobia*] se refiere tanto al temor que pueden producir las personas *trans*, como a la discriminación y actitud negativa hacia ellas.

³ Aunque trataré a lo largo de la reseña de dejar claro cuándo estoy parafraseando el texto original de los autores y cuándo estoy expresando una lectura o valoración propia, expresándome en primera persona, usaré cursivas para identificarlo con claridad.

⁴ Al hablar de *enfoque afirmativo* nos referimos a la intervención que plantea la necesidad de una validación y apoyo a las necesidades de las personas sexualmente diversas, basada en la aceptación sin cuestionamiento de la visión de la persona sobre sí misma y sus dificultades, o sobre las intervenciones médicas que, en el caso del paciente *trans*, pueda requerir. El malestar que la persona puede experimentar se suele entender como resultado de los prejuicios y la discriminación del entorno y no como de alguna manera originado en conflictos internos. En un uso de concepto *afirmativo* más allá de la psicoterapia, las anteriormente llamadas *cirugías de reasignación de sexo* se denominan también *cirugías de afirmación de género*.

⁵ Es importante entender que este término engloba distintos procesos. La transición puede ser solo social, legal, o también corporal, pero en esta hay muy distintos grados. El propio término es cuestionado por algunos *trans*, que consideran que no están haciendo ningún tránsito de un género a otro porque siempre se han identificado con el mismo, al margen de cómo se les haya asignado en base a sus caracteres sexuales.

⁶ El término *terapia de conversión* se refiere originalmente al intento de modificar por métodos psicológicos, médicos o espirituales la orientación sexual de las personas homosexuales o bisexuales. Cierta activismo *trans* y algunos psicoterapeutas que se inscriben en un enfoque afirmativo consideran que la exploración de los condicionantes de la identidad de género puede entenderse también como terapia de conversión, ya que se podría considerar como un cuestionamiento. El borrador de la “Ley para la igualdad real y efectiva de las personas *trans*” propone en su artículo 26, *Prohibición de conductas contrarias a la intimidad y la integridad física de las personas*, que:

1. Ninguna persona podrá ser obligada a someterse a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodefinición de la identidad de género.

2. Se prohíbe el uso de terapias aversivas y de cualquier otro procedimiento que suponga un intento de *conversión*, anulación o supresión de la identidad de género, o que estén basados en la suposición de que cualquier identidad de género es consecuencia de enfermedad o trastorno.

3. La existencia de un diagnóstico de enfermedades psiquiátricas previas no obsta a la validez del consentimiento expresado para la llevar a cabo el proceso de transición de género, si el mismo ha sido libremente formulado.

⁷ *Cisgénero*, a menudo abreviado como *cis*, se refiere a los individuos cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer. El neologismo fue introducido por Volkmar Sigusch en los años 90. El uso normalizado de la pareja de términos cis-trans trataría de poner en el mismo nivel la realidad trans de la que no lo es dentro de la diversidad del hecho sexual humano, por lo que es ampliamente rechazado dentro de algunos sectores del feminismo.

⁸ El término *passing* refiere a la capacidad de alguien de ser considerado miembro de un grupo al que en principio no se le reconoce pertenencia. Por un lado, se trata de una estrategia autoconservativa, ya que protege de la discriminación. Por otro, también se puede pensar en términos del rechazo hacia uno mismo que puede perpetuar. Es importante entender que los argumentos a favor de la transición médica temprana se basan en facilitar a los menores un *passing* efectivo en la edad adulta, que se complicará en la medida en que la pubertad avance, sexuando el cuerpo en una dirección. Me parece importante, en todo caso, que reflexionemos sobre el apuntalamiento del binarismo convencional de género que supone favorecer el *passing*. Se puede contraargumentar a esto que la persona individualmente no puede hacerse cargo del cambio social a largo plazo a costa de su sufrimiento personal. Es un argumento de peso. La cuestión del *passing* se muestra así como expresión del círculo vicioso en el que estamos enredados como sociedad en relación con la identidad de género.

⁹ Con *detransición* [detransition] se suele describir el fenómeno por el cual una persona que ha empezado la transición social, legal o médica, en algún momento del proceso, decide parar o intentar revertirla. Se suele diferenciar del *arrepentimiento* [regret], porque no siempre ambos van juntos: una persona puede detransicionar porque se deja de identificar con el género que le llevó a la transición o porque se da cuenta de que la transición no era la solución a su disforia de género y en ese sentido pensar que tomó el camino erróneo; pero también puede hacerlo porque no tolera los efectos adversos de los tratamientos, o porque tiene un entorno social que hace inviable una transición sin ponerse en peligro.