

Prospettive *sui generis*

Sguardi psico-sociali
sulle varianze di genere

a cura di
Margherita Graglia

RIVISTA di SESSUOLOGIA
ORGANO UFFICIALE DEL
**CENTRO ITALIANO
DI SESSUOLOGIA**

Autorizzazione del Tribunale
di Bologna n° 6903 del 13/4/1999



Vol. 44, N. 1
Gennaio-Giugno 2020

DIREZIONE:

Circonvallazione Appia, 50
00179 Roma
editore@scione.it

REDAZIONE:

Via Oreste Regnoli, 74
40138 Bologna

Direttore Responsabile:

Gennaro Scione

Responsabile Board:

Giada Mondini

Membri del Board:

Valentina Cosmi,
Michele Frigieri,
Gennaro Scione,
Antonio La Torre



a cura di
Marta Panzeri

Diritti riservati: SCIONE EDITORE ROMA

Segreteria e Amministrazione (Administrative Office):

Rosaria Argenta, Scione Editore Roma,
Circonvallazione Appia 50, 00179 Roma, Italy
cell. 328 9145071; e-mail: editore@scione.it

Sede: Circonvallazione Appia, 50
00179 Roma

Deposito: Piazza Belvedere, 4
81040 Camino - Rocca D'Evandro (CE)

www.scione.it

© copyright Scione Editore Roma

Prezzo del fascicolo:

Numero singolo	€ 20,00
arretrato	€ 23,00
Numero doppio	€ 25,00
arretrato	€ 30,00

Abbonamenti:

Italia	€ 40,00
Estero	€ 75,00

Comitato Scientifico:

Maria Cristina Florini
Lylibeth Fontanesi
Margherita Graglia
Walter La Gatta
Antonio La Torre
Alba Mirabile
Giada Mondini
Marta Panzeri
Gabriella Rifelli
Gennaro Scione

Tipografia: Istituto Salesiano Pio XI
Via Umbertide, 11 - 00181 Roma

Finito di stampare: Giugno 2020

Prospettive *sui generis*

Sguardi psico-sociali sulle varianze di genere

a cura di *Margherita Graglia*

- 5** **Introduzione**
Margherita Graglia

- 11** **Se il genere fa scuola. Maschile e femminile
nella socializzazione e nell'educazione**
Rossella Ghigi

- 26** **Modelli del binarismo di genere
e prospettive transfemministe**
Elia A.G. Arfini

- 41** **Che genere di sport?**
Fare e disfare il genere nelle pratiche sportive
Raffaella Ferrero Camoletto, Francesca Topini

- 50** **"Identità transgender:
Cammini verso la depatologizzazione"**
Paolo Valerio, Cristiano Scandurra, Roberto Vitelli, Fabrizio Mezza

- 61** **Costruire l'inclusione per le persone LGBT:
l'esperienza del Tavolo interistituzionale per il contrasto
all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT
del Comune di Reggio Emilia**
Margherita Graglia

- 75** **Il primo indice di inclusione universitaria LGBT+
e le buone pratiche d'inclusione rivolte
alle minoranze sessuali nell'educazione terziaria**
Tullia Russo

- 92** **Intersex/DSD: riflessioni e considerazioni**
Massimo Di Grazia

- 110** **Incongruenza di genere in età evolutiva: modelli di presa in carico psicologica**
Jiska Ristori, Alessia Romani, Alessandra D. Fisher, Francesca Mazzoli
- 123** **Lavorare con le famiglie con bambini che presentano varianza o disforia di genere: un modello di presa in carico integrato**
Angela M. Caldarera, Filippa D. Campagna, Laura Terrana, Chiara Baietto
- 149** **Varianza di genere e disforia di genere in adolescenza: dagli standard di cura alla complessità**
Damiana Massara, Angela M. Caldarera
- 170** **Trattamento ormonale nella disforia di genere in età evolutiva**
Giovanna Motta, Silvia Einaudi, Chiara Crespi
- 183** **Disturbo dissociativo dell'identità e disforia di genere: un caso clinico**
Davide Dèttore, Massimo Lavaggi
- 199** **Intersezionalità tra varianza di genere e neurodiversità in età evolutiva**
Angela M. Caldarera
- 220** **Autonomia e processo decisionale nel lavoro con bambini e adolescenti con disforia di genere**
Domenico Di Ceglie
- Studi e Ricerche**
- 232** **Attaccamento e sessualità: il triangolo drammatico**
Vanessa Treccani, Michele Frigieri

Introduzione

Margherita Graglia*

*Avremmo bisogno di un sapere più indisciplinato,
che ponga più domande e dia meno risposte.*

(J. Halberstam, 2010, p. 161)

Il genere è una dimensione nucleare dell'identità, riguarda da un lato come ognuno di noi si definisce e si esprime e dall'altro i sistemi di significato che nel corso della storia e nelle varie culture sono stati assegnati ai sessi. Due aspetti, quelli psicologici e quelli socioculturali che si intrecciano in un dinamismo costante che non è possibile scindere, a cui si aggiunge inoltre un ulteriore intreccio, quello biologico.

All'interno delle discipline psicologiche la prima formulazione del concetto di "ruolo di genere" viene fatta risalire a John Money (1955) e al suo lavoro negli anni Cinquanta con le persone intersessuali. Secondo lo psicologo i fattori determinanti per l'identificazione erano da rintracciarsi nell'aspetto dei genitali. Non erano pertanto le variabili biologiche a spiegare l'identificazione del soggetto, quanto l'assegnazione che veniva fatta a partire dalla forma dei suoi genitali esterni e di conseguenza come veniva cresciuto: come femmina o come maschio. Per questo motivo mise a punto un protocollo, denominato "Baltimora" dalla città sede dell'Ospedale Johns Hopkins in cui lavorava, caratterizzato da un approccio che prevedeva di intervenire precocemente a livello chirurgico sui genitali considerati ambigui in modo da permettere una chiara identificazione. Una prospettiva che ha in seguito ricevuto molteplici critiche e che ha portato nel tempo le associazioni delle persone interessate a rivendicare il diritto all'autodeterminazione e gli studiosi a interrogarsi sugli effetti degli interventi medici, più spesso praticati, come è stato sottolineato, per esigenze estetiche e normalizzanti, anziché per vere e proprie emergenze sanitarie. In seguito, lo psichiatra e psicoanalista Stoller (1968) introdusse negli anni Sessanta il concetto di "identità di genere nucleare" (la percezione di appartenenza a un sesso) distinguendolo dal ruolo di genere (disposizione psicologica a manifestare comportamenti interpersonali maschili o femminili).

Nel tempo si sono susseguite altre riflessioni che hanno complessificato i concetti di femminile e maschile, come ad esempio quella della psicologa Sandra Bem

* *Psicoterapeuta, sessuologa clinica e formatrice. Didatta CIS.*

(1974) secondo cui femminilità e mascolinità non sono pensabili attraverso un modello unidimensionale e bipolare, con due poli opposti su un continuum, ma piuttosto come due costrutti indipendenti. Una costruzione dualistica che vede ai poli opposti dei due continua alta e bassa mascolinità e alta e bassa femminilità. Una visione più complessa che gettava una nuova luce sull'androgenia, come presenza di un alto grado di femminilità e mascolinità. A questo modello ne sono seguiti altri, maggiormente articolati che restituivano alla dimensione del genere le sue caratteristiche di disomogeneità, discontinuità e molteplicità.

Molte sono state le teorizzazioni, qui ne citiamo solo alcune. Ad esempio, da un punto di vista psicoanalitico Nancy Chodorow (1978) ha analizzato le dinamiche psichiche implicate nella formazione dell'identità femminile e maschile, mentre in un'ottica cognitivista sono state messe a fuoco le tappe principali dello sviluppo del concetto di genere in età evolutiva (Kohlberg, 1966). Recentemente è anche emersa l'esigenza di rivedere queste costruzioni teoriche per integrare le traiettorie evolutive dei bambini *gender variant* all'interno di modelli più articolati e inclusivi, che non inquadrino la varianza come fallimento evolutivo, ma come possibilità altre, alternative altrettanto valide e percorribili (de Vries, *et al.*, 2014).

Su un altro fronte, le discipline socioculturali hanno indagato come le rappresentazioni culturali e le strutture sociali contribuiscano alla (ri)produzione delle identità di genere. Pensiamo ad esempio ai lavori pioneristici di Margaret Mead (1949), secondo la quale ogni comportamento va inserito necessariamente all'interno del suo contesto culturale e quindi anche il genere, concepito come una costruzione culturale.

Un altro contributo fondamentale è rintracciabile nella distinzione sesso-genere. Sempre un'antropologa, Gayle Rubin, nel libro *The Traffic in Women* del 1975 (p. 178) scriveva:

Gli uomini e le donne sono, è ovvio, diversi. Ma non sono così diversi come il giorno e la notte, la terra e il cielo, lo Yin e lo Yang, la vita e la morte. Dal punto di vista della natura gli uomini e le donne sono più simili gli uni alle altre che a qualsiasi altra cosa – alle montagne, ai canguri o alle palme di cocco. L'idea che siano diversi tra loro più di quanto ciascuno di essi lo è da qualsiasi altra cosa deve derivare da un motivo che non ha niente a che fare con la natura.

Se nel senso comune il sesso e il genere sono percepiti come un tutt'uno, l'antropologa sottolinea l'apporto socioculturale nel trasformare il dato biologico in un sistema binario: il sistema sesso-genere. Quest'ultimo costituito dall'insieme dei processi attraverso i quali le società trasformano la differenza biologica in un prodotto dell'attività umana.

Un'ulteriore sistematizzazione del costrutto di genere risale alla riflessione della storica Joan Scott (1988) che evidenzia come la differenza biologica sia stata utilizzata per dare origine a una disparità tra donne e uomini rispetto ad esempio alla rappresentazione simbolica, all'accesso delle risorse e alla divisione del lavoro, tutto a discapito del genere femminile.

Negli anni Ottanta i sociologi West e Zimmerman (1987) introdussero l'espressione *doing gender* per riferirsi al fatto che il genere viene performato continuamente nelle nostre interazioni con gli altri, assumendo una rilevanza fondamentale in tutti gli aspetti della vita quotidiana, compresi quelli che più diamo per scontato come ad esempio quello della gestione della toilette o le comuni conversazioni con gli altri. La filosofa Judith Butler (1988) ha ampliato questo concetto parlando di performatività del genere: il genere viene messo in scena costantemente attraverso i comportamenti, e proprio questa continua ripetizione lo fa apparire ai nostri occhi un aspetto scontato e immutabile, radicato nella natura. In sostanza il genere non è primariamente un'identità, quanto piuttosto il prodotto delle nostre azioni performative. Il genere è un atto performativo e in questa logica i soggetti possono partecipare a fare e disfare il genere entro i confini delle possibilità individuali e del contesto sociale in cui si muovono. Il genere viene pertanto di volta in volta ri-prodotto, ma anche reinventato. Il genere non è dunque stabile, ma in continua ri-definizione.

La logica binaria del genere è stata inoltre superata dalle soggettività emergenti, pensiamo in particolare alle identità transgender non binarie, come quelle *genderfluid*, *demygender*, *pangender*, *agender* che sfaccettano la dimensione del genere e che interrogano le nostre rappresentazioni e ci invitano a rivisitare i nostri modelli teorici e le nostre pratiche quotidiane, professionali e istituzionali.

Il concetto di genere trova una delle sue origini nella famosa affermazione di Simone de Beauvoir secondo cui donne non si nasce, ma si diventa. In quest'ottica, per noi, educatrici/ori/*, terapeute/i/*, sessuologhe/i/* emergono alcune domande fondamentali: come ci accingiamo a incontrare il divenire delle soggettività di genere? Come contribuiamo a costruire il genere attraverso i nostri atti performativi?

A questo proposito, il punto di vista sociologico ci offre l'opportunità di comprendere come stanno mutando le configurazioni di pratiche di femminilità e maschilità e ci consente di acquisire strumenti di riflessione e di decostruzione del genere; dall'altra parte, quello psicologico ci permette di riflettere sulle dinamiche psichiche coinvolte nei processi di costruzione delle identità di genere, mettendo a fuoco possibili pratiche di incontro e accompagnamento delle persone che come educatrici/ori/*, terapeute/i/*, sessuologhe/i/* incontriamo nel nostro lavoro educativo o di cura.

La monografia nasce proprio da questa esigenza, vale a dire quella di riflettere con un approccio interdisciplinare, da prospettive diverse che ci consentano di calarci nella dimensione del genere con un'analisi più approfondita e maggiormente capace di coglierne la complessità. Nel presente testo trovano pertanto spazio gli sguardi psicologici – qui soprattutto clinici – e quelli sociologici, entrambi indispensabili per cercare di comprendere le soggettività contemporanee e ancor prima, come abbiamo detto, di riconoscere la complessità dell'intreccio delle dimensioni socioculturali e psichiche di quella parte identitaria che è stata denominata "identità di genere".

Aprire la monografia il contributo sulla costruzione del genere attraverso la socializzazione e l'educazione. L'autrice, Rossella Ghigi, attraverso una revisione aggiornata delle ricerche evidenzia, senza trascurare le criticità, gli aspetti salienti dell'educazione di genere, sottolineandone l'importanza nei contesti scolastici in quanto, come scrive l'autrice: "l'educazione non ha a che fare, in fin dei conti, con la differenza, quanto con la disuguaglianza". Il secondo contributo, redatto da Elia A.G. Arfini, offre una panoramica sui concetti di sesso e genere e sulle identità "non binarie" emergenti. Il testo mette inoltre a tema, da una prospettiva transfemminista e queer, il binarismo di genere e le sue ricadute sulle disuguaglianze sociali, accompagnando chi legge a riflettere sulla patologizzazione delle esperienze trans e sulle possibili politiche da intraprendere per l'affermazione di genere.

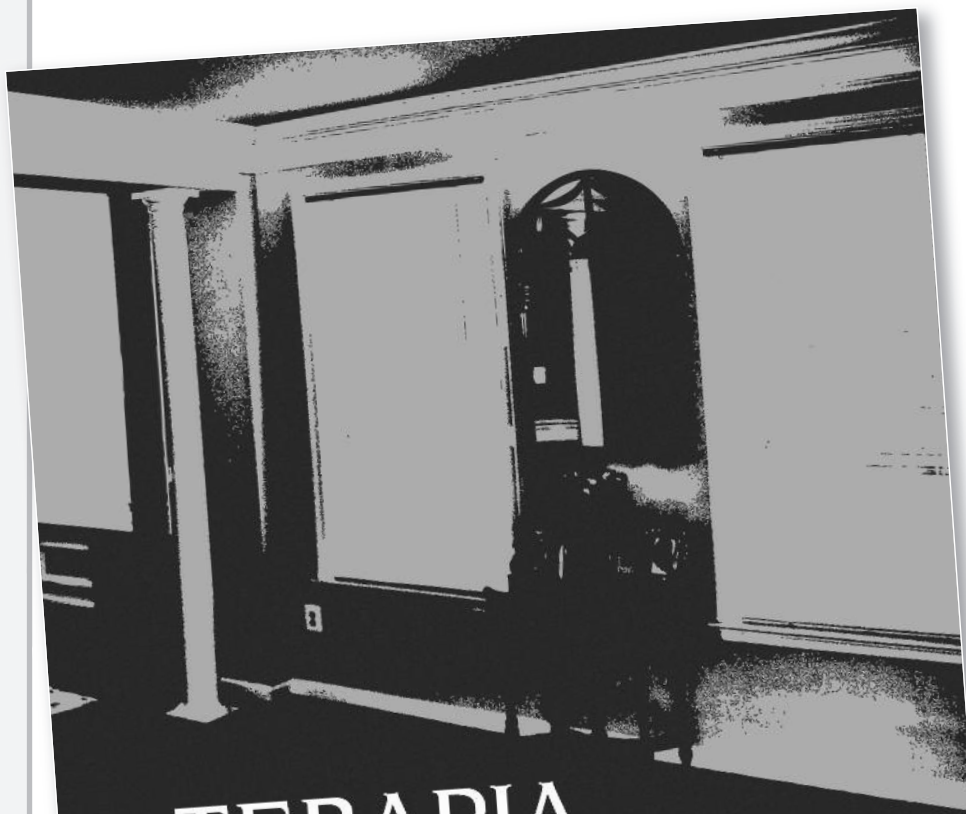
La riflessione sui modi di dis/fare il genere prosegue con il contributo di Raffaella Ferrero Camoletto e Francesca Topini che propongono una disamina su come lo sport sia stato uno strumento di costruzione della maschilità dominante, ma anche come possa essere utilizzato dalle donne come strumento di empowerment femminile.

Sul discorso della medicalizzazione della varianza di genere si inserisce l'articolo di Paolo Valerio, Cristiano Scandurra, Roberto Vitelli e Fabrizio Mezza. Gli autori descrivono i passaggi principali che hanno condotto alla costruzione della categoria nosografica fino ai recenti sviluppi improntati alla depatologizzazione, prendendo in considerazione i passaggi tassonomici e terminologici del DSM e dell'ICD. Se la depatologizzazione delle identità LGBT risulta essenziale per rimuovere lo stigma, questa va accompagnata da precisi interventi sociali che sappiano contrastare stereotipi, pregiudizi e discriminazioni e innescare processi di inclusione. A questo proposito il testo della curatrice, Margherita Graglia, porta il caso del *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT* del Comune di Reggio Emilia. Un'esperienza innovativa di attivazione di un territorio attraverso le sue istituzioni, impegnate coralmemente a contrastare le discriminazioni e a valorizzare le differenze dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale. Il lavoro successivo di Tullia Russo presenta il percorso intrapreso per sviluppare il primo indice di inclusione universitaria LGBT+, ideato da tre ricercatrici dell'Università di Modena e Reggio Emilia e adottato da altre realtà universitarie.

I contributi che seguono riflettono sulla presa in carico da un punto di vista psicologico delle persone con un'identità sessuale minoritaria. Il primo testo, di Massimo Di Grazia, illustrando l'eterogeneità delle condizioni intersex prende in esame i principali aspetti coinvolti: la multidisciplinarietà necessaria per la presa in carico, l'importanza dei gruppi di supporto, senza trascurare il rilievo degli aspetti etici e culturali. Gli articoli che seguono vertono su un tema emergente, fonte di studio e dibattito all'interno della comunità scientifica, ossia la varianza di genere in età evolutiva. Iniziano Jiska Ristori, Alessia Romani, Alessandra D. Fisher e Francesca Mazzoli descrivendo i principali metodi di presa in carico dei bambini e degli adolescenti, mettendo in evidenza alcuni aspetti dibattuti e por-

tando un focus sul modello olandese. Segue, dopo una rassegna della principale letteratura scientifica, la presentazione da parte di Angela M. Calderera, Filippa D. Campagna, Laura Terrana, Chiara Baietto del modello di presa in carico utilizzato presso l'“Ambulatorio per lo sviluppo dell'identità di genere” dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino: un intervento integrato e individualizzato, modulato sulla specificità del singolo bambino. Damiana Massara e Angela Calderera proseguono la trattazione esaminando la fase evolutiva dell'adolescenza. Abbracciando la complessità, le autrici espongono i modelli di intervento possibili, le tematiche controverse che interrogano i professionisti, le famiglie e gli adolescenti. Grazie anche ai casi presentati è possibile inoltre comprendere l'eterogeneità dei giovani con varianza di genere che si rivolgono ai centri specializzati. Un altro tema fondamentale riguarda il trattamento ormonale, analizzato nell'intervento di Giovanna Motta, Silvia Einaudi e Chiara Crespi. Le autrici, in un'ottica interdisciplinare affrontano i possibili interventi: dalla soppressione della pubertà all'affermazione di genere tramite la terapia cross-sex.

La monografia procede con alcuni approfondimenti clinici, come quello delineato da Davide Dettore e Massimo Lavaggi sull'importanza di un'attenta valutazione psicologica per la diagnosi differenziale. Attraverso la presentazione di un caso apparentemente ascrivibile a un disturbo dissociativo dell'identità, l'assessment psicologico permette di inquadrare la sintomatologia riportata come una modalità, socialmente accettabile, per far emergere la propria identità di genere. La co-occorrenza della varianza di genere e dei tratti associati allo spettro autistico è un altro tema emergente, affrontato da Angela Calderera. Partendo da una sintesi dei risultati delle ricerche l'autrice offre uno sguardo sulle ricadute cliniche, presentando inoltre le linee guida preliminari messe a punto di recente per la presa in carico psicologica. *Last but not least*, un ulteriore approfondimento che chiude la monografia è offerto da Domenico di Ceglie sull'importante tema dell'autonomia decisionale dei bambini e degli adolescenti, concentrandosi su due ambiti – quelli più controversi – ossia il processo decisionale che riguarda la scelta dell'uso di bloccanti ipotalamici e la decisione di esprimere il genere percepito durante l'infanzia.



TERAPIA FAMILIARE

Dal 1977 la Rivista per lo Studio,
l'Intervento Relazionale
e la Ricerca sulla Famiglia



ACCADEMIA
DI PSICOTERAPIA
DELLA FAMIGLIA

FrancoAngeli

Se il genere fa scuola. Maschile e femminile nella socializzazione e nell'educazione

Rossella Ghigi*

Sommario - Nell'ultimo decennio, molti paesi in tutta Europa, tra cui l'Italia, hanno registrato crescenti dibattiti pubblici sull'educazione di genere nelle scuole, nonostante il sempre maggiore riconoscimento istituzionale dei benefici di questa attività e una crescente esperienza in questo campo. Il contributo propone una revisione critica della ricerca su questo argomento, mostrando sia le criticità sia i potenziali vantaggi dell'educazione di genere a scuola. Dopo aver presentato alcuni approcci classici alla socializzazione, il contributo si concentra sulla socializzazione di genere, specie alla luce della nuova sociologia dell'infanzia e delle teorie del genere come pratica. Quindi descrive a grandi linee le metodologie e gli obiettivi dell'educazione di genere in Italia e ne discute criticamente i risultati.

Parole chiave: *Genere, Educazione, Formazione, Scuola, Socializzazione, Infanzia.*

Abstract - Gender and Education. From family to school

Over the last decade, many countries across Europe, including Italy, have experienced heated public debates about gender training at school, despite an increasing acknowledgment of the benefits of this kind of education by national and international institutions and a growing experience in this field. The paper provides a critical review of the research on this topic, showing both critical issues and potential advantages of gender training at school. After presenting some classical approaches to socialization, the paper focuses on socialization to gender roles, especially in the light of the new sociology of childhood and of theories of gender as a practice. It then broadly outlines the methodologies and the goals of gender training in Italy and discusses critically its major results.

Key words: Gender, Education, Training, School, Socialization, Childhood.

Introduzione

Nel marzo 2015, in una scuola dell'infanzia di Trieste vengono proposte attività in tema di differenze corporee e culturali tra maschi e femmine. Si tratta del progetto *Pari o dispari? Il gioco del rispetto*, lanciato un paio d'anni prima con il contributo della Regione Friuli Venezia Giulia e volto a diffondere la cultura della parità di genere nella prima infanzia. Scoppia la polemica: alcuni genitori si allarmano, i giornali ne parlano, si raccolgono firme, alcuni esponenti politici sollevano la questione in Parlamento e sul tema del *gender* qualche tempo dopo interviene perfino il Papa.

* Professoressa associata di sociologia presso l'Università degli studi di Bologna. Tra le fondatrici, nel 2009, del Centro Studi sul Genere e l'Educazione (CSGE) presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione della stessa Università.

Simili episodi si sono moltiplicati da allora. In Italia, come in altri paesi, i tentativi di trattare questioni legate al genere, alla sessualità o alla diversità sessuale nei contesti educativi hanno incontrato un'opposizione sempre più feroce da parte di alcuni settori della società civile, tra cui gruppi religiosi, associazioni di genitori e talvolta leader politici (Ottaviano e Mentasti, 2017; Garbagnoli e Prearo, 2018; Ghigi, 2019). Si è diffusa l'espressione «ideologia del *gender*» oppure semplicemente «il *gender*» (in inglese, quasi a forzarne l'estraneità al contesto italiano, anche se da decenni chi se ne occupa utilizza la parola «genere») etichettando così posizionamenti teorici e pratiche sociali volti a denaturalizzare la differenza tra il maschile e il femminile e a chiarire il ruolo dell'apprendimento nella acquisizione di una identità sessuale. A ben vedere, cioè, si sono chiamate *teorie del gender* posizioni che il genere lo hanno piuttosto cercato di decostruire come dato assoluto, atemporale e asociale (cfr. Bernini, 2016).

Eppure, l'educazione di genere ha ormai da tempo un pieno supporto normativo e legislativo. Già nel 1997, il governo italiano, con una Direttiva del Presidente del Consiglio, dava attuazione agli impegni assunti nella Quarta Conferenza mondiale sulle donne di Pechino (1995) e poneva tra i suoi obiettivi prioritari la formazione a una «cultura della differenza di genere».

Il testo della direttiva non lasciava spazio ad ambiguità:

«Considerato che nei Paesi occidentali e in Italia le donne hanno ormai raggiunto alti livelli di scolarità e accedono in elevata percentuale alle professioni di alta qualificazione (...) e che tuttavia perdura la marginalità femminile nelle sedi di direzione e di decisione, nell'ambito delle professioni, delle aziende, della pubblica amministrazione, delle istituzioni politiche; (...) nelle sedi formative vanno promossi percorsi culturali finalizzati all'acquisizione di una identità di genere, all'educazione, alla convivenza, alla solidarietà e al rispetto reciproco tra donne e uomini».

La Convenzione del Consiglio d'Europa a Istanbul del 2011, ratificata dall'Italia nel 2013, si inserisce nello stesso solco. Essa riconosce che il raggiungimento dell'uguaglianza di genere *de jure e de facto* è un elemento chiave per prevenire la violenza contro le donne quale «manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione» e menziona esplicitamente l'educazione tra gli strumenti di contrasto alla violenza di genere. La Convenzione prevede infatti che i paesi ratificanti intraprendano «azioni necessarie per includere nei programmi scolastici di ogni ordine e grado dei materiali didattici su temi quali la parità tra i sessi, i ruoli di genere non stereotipati, il reciproco rispetto, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all'integrità personale, appropriati al livello cognitivo degli allievi (art. 14)». E, in effetti, la legge 107 del 2015 (detta della «Buona scuola») persegue «l'attuazione dei principi di pari opportunità promuovendo nelle scuole di ogni

ordine e grado l'educazione alla parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le discriminazioni». Si tratta di un principio che verrà ripreso nel 2017 tanto nel *Piano nazionale per l'educazione al rispetto*, quanto nelle *Linee guida nazionali indirizzate alle istituzioni scolastiche per l'attuazione della legge*, che esplicitamente suggeriscono di inserire questa educazione come parte essenziale dell'educazione alla cittadinanza, connessa ai contenuti di tutte le discipline¹.

L'idea di fondo di tutto questo apparato normativo è che la scuola debba intervenire in continua sinergia con le famiglie, non soltanto fornendo conoscenze, ma promuovendo un'autodeterminazione consapevole, il contrasto delle discriminazioni e il rispetto della persona in maniera scevra dalle ideologie esterne. Alla stessa stregua, gli organi direttivi di alcune importanti associazioni professionali (nonché accademiche, come la Società Italiana delle Storiche) hanno emanato comunicati stampa che cercano di chiarire i termini del dibattito sugli interventi educativi in tema di genere. L'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), ad esempio, nel marzo 2015 diffonde un documento per «rasserenare il dibattito nazionale sui temi della diffusione degli studi di genere e orientamento sessuale nelle scuole italiane e per chiarire l'inconsistenza scientifica del concetto di "ideologia del gender". Esistono, al contrario, studi scientifici di genere, meglio noti come *Gender Studies* che, insieme ai *Gay and Lesbian Studies*, hanno contribuito in modo significativo alla conoscenza di tematiche di grande rilievo per molti campi disciplinari (dalla medicina alla psicologia, all'economia, alla giurisprudenza, alle scienze sociali) e alla riduzione, a livello individuale e sociale, dei pregiudizi e delle discriminazioni basati sul genere e l'orientamento sessuale». Una posizione che verrà in seguito fatta propria ufficialmente dall'Ordine Nazionale degli Psicologi².

Queste indicazioni si pongono in linea di continuità con quello che è stato l'orientamento del legislatore e, soprattutto, di molte pratiche e attività che da tempo si effettuano nei contesti scolastici ed educativi italiani. Fin dagli anni Settanta, infatti, si sono realizzati percorsi educativi ispirati a questi principi: basti pensare che nel corso degli anni Ottanta si sono svolti convegni che cercavano di fare il punto di una pletera di esperienze didattiche già ricca allora (Cipollone, a cura di, 1992; Guerra in Gamberi, Maio e Selmi, a cura di, 2010).

Eppure, anche a fronte di un simile supporto regolamentario e di una consolidata pratica, l'educazione di genere incontra – oggi specialmente – forti resistenze. Alcuni studiosi hanno ricostruito la genealogia di questo dibattito a livello locale, nazionale ed europeo, evidenziando un crescendo di mobilitazioni a partire dagli anni 2010 fino ai nostri giorni e inquadrando la questione entro un contesto poli-

¹ Fonti: Direttiva della Presidenza del Consiglio: Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 116 del 21 maggio 1997; Convenzione di Istanbul: Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 153, 2 luglio 2013; Legge 105 del 2017: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 157, 07 luglio 2017; Piano Nazionale e Linee Guida: sito Miur.gov.it

² Queste affermazioni sono state oggetto anche di critica da parte di alcuni autori, ad es. Zappino e Ardilli (2015), che invece rivendicano l'appartenenza a una *teoria del gender* come esito della ricerca transfemminista, queer e radicale. Si rimanda anche a Bernini (2016) per un utile approfondimento di questo tema.

tico e culturale più ampio (si veda ad esempio Kuhar e Paternotte, 2017). In questa sede, ci proponiamo di capire quali siano i supporti scientifici alla base dell'educazione di genere nei contesti di apprendimento formale. Partiremo con l'inquadrare gli approcci classici e gli apporti della nuova sociologia dell'infanzia alla socializzazione al genere, per poi entrare nello specifico del tema dell'educazione di genere nei contesti scolastici e dei molteplici modi in cui essa viene realizzata. Concluderemo il percorso considerando l'impatto di una educazione di genere competente ed efficace, sia a livello individuale, sia di comunità.

Attese e socializzazione di genere

Sosteneva la pedagogista Elena Gianini Belotti nel 1973 che la socializzazione al genere iniziasse fin da prima che il bambino (o la bambina) venisse al mondo. Il corredo della stanza, i giochi che si compravano, i discorsi che si facevano (in un'epoca in cui il sesso si scopriva solo alla nascita) erano già differenziati in base all'attesa. «Questo esasperato desiderio di avere figli di sesso diverso, con netta preferenza per i maschi, non avrebbe ragione di essere se le aspettative dei genitori non fossero così radicalmente differenti nei riguardi dei due sessi», osservava la pedagogista (Gianini Belotti, 1973, p. 23). Sono passati quasi cinquant'anni da quando uscì il suo testo, *Dalla parte delle bambine*, divenuto ormai un classico a livello internazionale rispetto al tema della socializzazione differenziata: molte cose sembrano ormai passate. Se è vero che per secoli, nella gran parte delle società, i maschi sono stati preferiti alle figlie femmine, nelle società occidentali contemporanee questa preferenza appare superata. Tra i motivi addotti per spiegare questo cambiamento, vi è certamente la diffusione di una concezione post-materialistica dell'infanzia, secondo la quale i figli/e non sono considerati nei termini di risorsa economica e manuale per la famiglia, quanto piuttosto come elementi voluti per il benessere e il raggiungimento della felicità. Prevale l'idea che ciascun figlio o figlia debba seguire la propria strada e le proprie attitudini a prescindere dalle etichette che la società associa al suo sesso biologico, e ci si propone di crescerlo (o crescerla) seguendo le sue inclinazioni individuali. Questo non toglie, tuttavia, che una qualche preferenza sul sesso biologico ci sia: nella maggior parte dei paesi (compresa l'Italia, con la sua bassissima fecondità, ovvero 1.3 figli per donna), la fecondità desiderata è di almeno due figli, possibilmente *di sesso diverso*. Le ricerche (Hank e Kohler, 2000; per una rassegna: Raley e Bianchi, 2006) confermano che generalmente nei paesi occidentali non vi sono oggi situazioni di marcata preferenza di sesso del primo figlio (laddove vi sono, è generalmente il maschio, ma con alcune eccezioni): l'importante è averne uno (o una). Il secondogenito è cercato sulla base della preferenza per la diversità: si preferisce avere un maschio se la prima è stata una femmina e viceversa. Questo vale anche per l'Italia: se, da un lato, non emerge più una chiara preferenza per i figli maschi rispetto alle femmine, è confermata la preferenza per due figli di sesso diverso. Il passaggio dal secondo al terzo figlio è d'altra parte più probabile quando i primi due figli sono

dello stesso sesso (indifferentemente se due femmine o due maschi), a riprova del fatto che «si cerca» almeno un figlio (o figlia) del sesso opposto rispetto alle (o ai) precedenti. Perché si cerca la differenza, se non si dà (teoricamente) più la stessa importanza al sesso biologico, quanto alle specificità individuali?

Il tema degli stimoli sociali e culturali diventa a questo riguardo fondamentale. È consolidata a livello di discorso pubblico l'idea per cui, parafrasando la nota formula di Simone de Beauvoir, donne e uomini non si nascono, ma si diventano. Ovvero la convinzione che, sostanzialmente, su una base biologica innata si articola un processo di apprendimento sociale che porta maschi e femmine ad assumere tratti, personalità, caratteristiche e attitudini diverse gli uni dalle altre. È, cioè, condivisa l'assunzione che, su un dato naturale identificabile come *sesso* (l'insieme delle caratteristiche anatomiche, cromosomiche e fisiologiche che caratterizzano un corpo come maschile o femminile) si applichi un apparato culturale (attese sociali, comportamenti, identificazioni e rappresentazioni) che chiamiamo *genere* . Nello specifico, attraverso sanzioni, emulazioni e rinforzi l'individuo è portato fin dalla nascita ad assumere quei caratteri e quei comportamenti che una società considera appropriati per il suo sesso, secondo un processo di *socializzazione al genere* : varie agenzie (la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, i mass media, ecc.) porterebbero il soggetto a diventare a pieno titolo membro della propria comunità (socializzazione) in relazione alla maschilità e alla femminilità (di genere). L'idea di base è che quindi, pur non dipendendo da qualità innate, la società porterà gli individui, maschi e femmine, ad assumere ruoli di genere (le aspettative sociali intorno al maschile e al femminile) e identità di genere (la propria identificazione rispetto al maschile e al femminile) simili internamente ai due gruppi e diversi tra i due gruppi. Il processo si dipana poi per tutto il corso della vita, continuamente rinforzato dalle agenzie dei diversi ambiti con cui l'individuo si relazionerà. Naturalmente, queste agenzie sono in relazione l'una con l'altra fin dall'inizio. Ad esempio, studi recenti suggeriscono di considerare i bambini già dalla primissima infanzia (0-3 anni) sempre entro un contesto ecologico in cui vari livelli sono distinti ma interdipendenti: quello costituito dalle interazioni faccia a faccia; quello in cui bambino (e la bambina) ha esperienza diretta, come la casa e l'asilo; quello delle situazioni ambientali alle quali non partecipa direttamente, ma in cui si verificano gli eventi; e infine i modelli culturali, le ideologie e le rappresentazioni che danno forma alle relazioni e alla struttura degli altri sistemi. Il bambino (e la bambina) dunque classificherebbe gli stimoli usando le categorie che trova disponibili nella cultura in cui vive, che sono però pregne dei significati e dei valori del gruppo e del contesto di appartenenza, e in tal modo inizierebbe a riprodurli.

Un cambiamento di prospettiva

Posta in questi termini, la socializzazione viene però concepita come un processo *top-down* di acculturazione che poco spazio lascia alla *agency* dei bambini e delle bambine e, in una dimensione storica, non riesce a dar conto della evolu-

zione dei modelli, né della trasgressione alle norme, né dei processi di cambiamento in generale. Questa prospettiva di analisi è stata molto in voga in sociologia – si pensi all’approccio funzionalista del *role model* di Talcott Parsons degli anni Cinquanta – ma viene oggi rimessa in discussione per tre motivi fondamentali.

In primo luogo, si è presa seriamente in considerazione la prospettiva del soggetto dell’apprendimento, che non può essere relegato a un ruolo meramente passivo di riproduzione sociale e culturale (Besozzi, 2017). Anche rispetto al genere, alcuni studi etnografici e osservativi hanno ad esempio mostrato che i bambini e le bambine hanno competenze sul maschile e sul femminile, ma non per questo mettono in pratica e assumono pedissequamente quanto impartito dal mondo adulto. Una nota ricerca condotta dalla sociologa Barrie Thorne in due scuole primarie degli Stati Uniti, ad esempio, ha mostrato come i bambini «giochino» coi significati di genere a scuola, sia ribadendoli, sia mettendoli in discussione, sia rendendoli talvolta semplicemente irrilevanti (Thorne 1993). Questo ha fatto concludere alla ricercatrice che il genere sia «situazionale», cioè reso saliente in alcune situazioni e meno in altre (cfr. Connell, 2011, p. 50). Una fiorente letteratura chiamata *Nuova Sociologia dell’Infanzia* dagli anni Ottanta sottolinea che, fin dalla nascita, bambini e bambine si trovano in un ambiente ricco di informazioni sul loro genere di appartenenza, informazioni che provengono dall’interazione con i genitori e gli altri familiari in primo luogo, ma anche dalla cultura materiale (Alanen, 1988; Jenks, 1996; James e Prout, 1998; Knapp, 1999; Mayall, 2002; per utili rassegne: Sgritta, 1994; Belloni, 2006; Matthews, 2007; Satta, 2012). Già all’età di due anni essi definiscono i propri stereotipi raccogliendo e reinterpretando le etichette di genere che soggetti, comportamenti e oggetti si portano addosso e costruiscono su quella base delle categorizzazioni mutuamente esclusive. In altre parole, i bambini sono attori sociali a pieno titolo (Belloni, 2006), attivi partecipi della propria socializzazione (Besozzi, 2017) e della rielaborazione entro la propria cultura (Corsaro, 2005) anche degli stereotipi di genere.

In secondo luogo, è stato contestato l’approccio che vede il genere come una proprietà acquisita che si va a sommare alle proprietà ascritte alla nascita con un mero processo di sedimentazione e aggettivazione del soggetto. Femminilità e maschilità non sono soltanto insiemi separati di caratteristiche più o meno date in una cultura, ma sono costruzioni create nel binarismo e nella complementarità, in una tensione oppositiva che le rende una necessaria all’altra. La maschilità è stata costruita come negazione della femminilità, e non sarebbe concepibile né pensabile se non in relazione a quella, allo stesso modo in cui l’eterosessualità è stata definita come non-omosessualità. Questo però avviene in un sistema di rappresentazioni basato su asimmetrie e diseguaglianze, per cui un elemento non soltanto è definito in relazione all’altro, ma ordinato gerarchicamente rispetto a quello. Come molte pensatrici e filosofe hanno rilevato, infatti, quando si parla di opposti binarismi spesso si tace il sistema di potere che li conferma e sostiene. Se pensiamo alle dicotomie della tradizione occidentale che traggono origine da quella fondamentale di natura/cultura (mente/corpo; ragione/istinto; pubblico/privato;

fuori/ dentro; aggressività/tenerezza; scienza/arte; indipendenza/ dipendenza; produzione/consumo; e molte altre), non possiamo fare a meno di associare l'uomo al primo termine di ogni coppia e la donna al secondo (Ghigi e Sassatelli, 2018). Si tratta, apparentemente, di una differenziazione simbolica a sostegno dell'idea della complementarità dei due sessi che, di per sé, non segnerebbe una disuguaglianza. Il punto è che, se con uno sforzo di immaginazione proviamo a invertire le attribuzioni (associando la donna alla mente, alla ragione, al pubblico, all'indipendenza, alla scienza e così via, e l'uomo al corpo, all'istinto, alla dipendenza, al privato, ecc.), scopriamo ben presto che i due termini di ciascuna dicotomia non stavano affatto sullo stesso piano l'uno rispetto all'altro. Nella gran parte dei casi, quando a un uomo si attribuiscono caratteristiche femminili o lo si associa a sfere di pertinenza tradizionalmente femminile, egli subisce una *degradazione di status*; nel caso opposto, invece, la donna associata ad ambiti maschili godi di una *elevazione* di status. Un giovane ragazzo che si lascia andare alla commozione e al pianto può ben essere, ancora oggi, oggetto di scherno da parte dei pari, mentre una giovane donna che mostra spirito di indipendenza potrà essere stimata per questo (si pensi a frasi come «Piange come una femminuccia» o «Quella sì che è una donna con le palle!»). Si tratta di una differenza che diventa disuguaglianza, ovvero si fonda su assunti ordinali che gerarchizzano gli attributi di genere e i generi stessi. Da almeno trent'anni è stato osservato come, d'altra parte, a fondare il genere sia la stessa norma culturale che costruisce il maschile eterosessuale come ideale rispetto al quale il femminile e il non eterosessuale sono simbolicamente e socialmente subordinati (cfr. Butler, 1990; Connell, 1996).

Il punto è che considerare la socializzazione come un processo che porta ad assumere una serie di caratteristiche prefissate e universali, benché culturalmente costruite, poco lo differenzia dal considerarla come un processo deterministico guidato dalla natura e dalla biologia (Ghigi, 2018). Ponendo, infatti, il genere come costruito sociale sovrastrutturale del sostrato biologico dato per scontato, questa visione contribuisce essa stessa a essenzializzare il sesso. Nelle versioni costruttiviste radicali, il modo di vedere, concepire, esperire e sentire i corpi biologici come binari e dicotomici non sarebbe che l'esito della *naturalizzazione del sociale* (Bourdieu, 1998), una operazione necessaria per la sua accettazione: è il sesso a derivare la sua forza significativa dal genere, anziché viceversa. Tuttavia, anche queste letture rischiano di risolversi in una visione «attaccapanni» dell'identità: il corpo resterebbe di fatto la struttura fondamentale sulla quale la società fa poggiare il dato culturale. Si lascia il *determinismo biologico* per rimanere invischiati comunque con il *fondamentalismo biologico*, secondo Nicholson (1994, cit. in Ghigi, 2018). Diversa è invece la prospettiva della *sessuazione* del corpo (Guillaumin, 2006; cfr. Ghigi e Sassatelli, 2018), che sottolinea come i soggetti prendano corpo in un processo continuo di smistamento in categorie sessuali gerarchizzate, ma che questo «prendere corpo» è una *attività* che coinvolge appieno la materialità biologica senza negarla e che è in continuo divenire. Il genere va, dunque, considerato una pratica, un «fare» con gli altri e in relazione agli altri, più che un «essere»

(West e Zimmerman, 1987), ovvero l'esito di una relazione o di una interazione, o al più una proprietà della situazione. Gli attori *fanno* il genere nelle loro interazioni quotidiane, quando si rapportano agli altri e alla vita materiale, nei comportamenti e nei discorsi; nel farlo, essi devono dar conto del loro essere uomini o donne: il genere sta proprio in questo dar conto agli altri della propria identità sessuale. In quanto pratica, il genere è dunque esposto al cambiamento, allo scarto da quanto socialmente prescritto, alla dissonanza e all'eccedenza.

In terzo luogo, le diverse agenzie di socializzazione possono essere portatrici, nelle pratiche e nei significati, di istanze diverse le une rispetto all'altra su maschilità, femminilità ideali e relazione tra i generi. Lo stesso bambino (o bambina) può dunque interfacciarsi, ad esempio, con modelli di genere diversi a seconda che si relazioni con la propria famiglia, con il gruppo dei pari, con i mass-media, etc. Per non dire dei modelli diversi all'interno degli stessi contesti (ad esempio, i modelli ideali di maschilità che emergono nella relazione con il proprio padre possono essere diversi dai modelli ideali di maschilità che emergono in relazione con la propria madre). Così come vi è una pluralità di modi di vivere e concepire la maschilità o la femminilità, di sentirsi maschi o femmine (Graglia, 2019), così pure vi è una pluralità di modelli a seconda dei contesti, delle classi sociali, delle fasi di vita, dell'età, etc. Per non dire degli stili genitoriali, che possono accentuare o meno la differenza di genere (Crespi, 2003). E del fatto che all'interno dello stesso nucleo familiare, vi possano essere diverse socializzazioni sessuali a seconda che ci si relazioni con un maschio o con una femmina (sulla socializzazione sessuale rimando a Rinaldi, 2016, pp. 136-169).

Alla luce di simili riflessioni, la sociologa Barbara Risman (2004), ha proposto di interpretare il genere come una vera e propria «struttura sociale» che si concretizza nella dimensione individuale, in quella relazionale e in quella istituzionale. Da questo punto di vista, la socializzazione al genere può essere concepita come una pratica di acquisizione della capacità di rendere conto della propria appartenenza sessuale in relazione a tutte e tre queste dimensioni: il genere non è semplicemente «qualcosa che si è», è «qualcosa che si fa» con gli altri e in relazione agli altri, e questi «altri» possono trasmettere modelli e aspettative diversi tra loro. Di conseguenza, la socializzazione va considerata come un processo tutt'altro che deterministico e scontato, che va osservato nel suo farsi. Vanno dunque prese in esame le prospettive degli attori coinvolti in quella che non è una semplice trasmissione di valori e significati da una generazione all'altra, bensì un processo di significazione continua e di incorporamento (*embodiment*) del sociale che passa attraverso le pratiche, le interazioni e le relazioni (Ghigi e Sassatelli, 2018; Ghigi, 2019).

Educazione di genere

Se dunque la *socializzazione al genere* ha a che fare con processi di acquisizione, trasformazione ed elaborazione dei significati di genere da parte di nuove generazioni, in cosa consiste invece *l'educazione di genere*?

In generale, rispetto alle possibili attività di apprendimento si distingue tra educazione *formale* (data, appunto, da istituzioni formali, quali la scuola), *non formale* (che può essere fornita dalla famiglia, da una associazione, dalla parrocchia, ecc.) e *informale* (ad esempio, quella fornita dai mass media). Adottare un'accezione inclusiva di educazione permette di inserire la prospettiva di genere in un sistema integrato che, almeno dagli anni Ottanta, chiama a una responsabilità educativa diffusa e coordinata una pluralità di attori che gravitano intorno al bambino o alla bambina. Rispetto al genere, diremo dunque che alcune agenzie di socializzazione si propongono anche di fornire strumenti e materiali esplicitamente pensati per far acquisire nuove competenze nell'ambito della differenza e delle disuguaglianze: in questo caso si pongono anche come agenzie di *educazione di genere*.

La scuola e i contesti di apprendimento formale rappresentano il luogo per eccellenza in cui si mette a tema l'educazione di genere. Quando si parla di «genere in educazione» è possibile considerare sia i processi di stratificazione educativa, sia i processi di socializzazione e di esperienza scolastico-formativa, a livello macro e aggregato e a livello micro dell'interazione (Colombo, 2003). In particolare, si può far riferimento tanto alle differenze che esistono tra ragazzi e ragazze nei percorsi di apprendimento formale (ad esempio, nel rendimento scolastico, nel *drop-out*, nella segregazione formativa), quanto a un'attività consapevolmente intrapresa per sollecitare competenze, offrire risorse, mediare la conoscenza in un'ottica di genere. È in questa seconda accezione che l'educazione di genere è entrata nel dibattito pubblico ed è oggi oggetto di forti contestazioni. I due ambiti sono chiaramente tra loro in relazione, nella misura in cui chi propone di lavorare sul genere lo fa solitamente in contesti di apprendimento formale anche con l'obiettivo di riequilibrare situazioni di asimmetria (il *drop-out* è soprattutto maschile, la segregazione formativa è ancora fortemente differenziata per genere, ragazzi e ragazze registrano un minor senso di autoefficacia in materie tradizionalmente associate all'altro genere a parità di rendimento e di prestazione, eccetera) e, viceversa, chi si occupa delle differenze tra ragazzi e ragazze nell'apprendimento spesso intraprende attività in un'ottica di sensibilizzazione critica al genere. Tuttavia è bene tenerli distinti proprio per comprendere ragioni e potenzialità delle attività che ricadono nella seconda accezione: quella dell'azione pedagogicamente consapevole, ovvero l'educazione di genere propriamente detta³.

I contenuti, le metodologie e i paradigmi teorici di queste pratiche educative sono certamente cambiati nel tempo e si relazionano diversamente al tema della

³ Gamberi, Maio e Selmi (2010) propongono di distinguere tra educazione *sul* genere (intesa come trasmissione di contenuti e informazioni attinenti al genere), educazione *al* genere (come attività di decostruzione degli stereotipi e di elaborazione del vissuto personale in relazione a quello collettivo) e un'educazione *di* genere propriamente detta (come assunzione di un'ottica sessuata e adozione di una metodologia basata sul riconoscimento della differenza sessuale). In questo saggio utilizzeremo l'espressione «educazione di genere» in quanto così utilizzata nel dibattito pubblico e per il suo stretto richiamo con l'espressione «studi di genere», ma lo faremo in una accezione che, tuttavia, comprende tutte e tre queste dimensioni.

differenza (cfr. Colombo, 2003). Secondo la pedagogista Silvia Leonelli, l'elaborazione pedagogica del tema della differenza tra uomini e donne in Italia ha conosciuto una graduale complessificazione del soggetto e delle relazioni: se negli anni Settanta era prevalente un approccio di pedagogia dell'uguaglianza, strettamente antidiscriminatorio ed emancipazionista, negli anni Ottanta si è fatto strada quello della differenza, più attento al riconoscimento della soggettività femminile e delle qualità legate alla cura e al ruolo materno. In tempi più recenti, infine, si è affermato come prevalente un approccio di genere aperto anche alla riflessione sul maschile, ai temi LGBTQI, all'intersezione del genere con altre dimensioni della disuguaglianza e alla decostruzione degli stereotipi (Biemmi e Leonelli, 2016).

Gli attacchi dei *no gender* tendono a concentrarsi proprio su questi ultimi approcci (cfr. Bernini, 2016), laddove non è la demarcazione della differenza ad essere additata come pericolosa per l'integrità e il benessere psicofisico dei bambini e delle bambine (anzi, alcuni testi riconducibili al *pensiero della differenza* francese sono fatti propri da una certa letteratura *no gender*), bensì l'elaborazione dell'identità di genere (e dell'orientamento sessuale) in chiave costruttivista. Questi attacchi si basano fondamentalmente su un'idea che è importante smentire. Si sostiene che l'educazione di genere possa creare confusione nel bambino o nella bambina, o cercando di renderli «neutri» dal punto di vista della differenza sessuale, cancellando appunto la loro diversità e rendendoli omologati a un modello prestabilito, o cercando di rendere identità di genere e orientamento sessuale oggetti pertinenti esclusivamente alla sfera della volontà, per cui con un atto consapevole si insegnerebbe che genere e orientamento si possono scegliere esattamente come si sceglie un abito la mattina.

Questa idea non è supportata dall'esperienza educativa né dalla ricerca su questi temi. Le pratiche didattiche e pedagogiche sul genere tendono, piuttosto, a lavorare nell'ambito della trasmissione dei significati della maschilità e della femminilità e delle relazioni tra i generi nella direzione del contrasto alla disuguaglianza, non del contrasto alla differenza. Si tratta cioè di rendere il maschile e il femminile categorie porose al dato di realtà (nessuno di noi incarna gli idealtipi della femminilità e della maschilità, ma tutti noi abbiamo caratteristiche che storicamente sono state ricondotte al femminile o al maschile, senza per questo rimettere in discussione la nostra identità di genere), destrutturarle in quanto categorie stagne e rimetterne in discussione la cogenza normativa (e le sanzioni che ne conseguono, spesso molto dure, specie verso il maschile che trasgredisce le norme di genere). Al tempo stesso, accogliere le differenze non significa ontologizzarle né essenzializzarle, bensì lasciar emergere le caratteristiche storicamente associate a minoranze morali e valorizzarle.

Si tratta di attività educative che, se supportate da adeguata preparazione del personale che le effettua, adeguato finanziamento e adeguata estensione temporale, possono rivelarsi efficaci. Come ho avuto modo di sostenere in un testo dedicato a questo (Ghigi, 2019), infatti, sono molte le evidenze empiriche, in contesti italiani e internazionali, che dimostrano come le buone pratiche di educazione di

genere aumentino il benessere dell'individuo, ma anche il capitale sociale del gruppo. Queste pratiche possono essere suddivise entro tre grandi linee d'azione: *il partire da sé* (e la conseguente elaborazione della propria biografia, delle proprie relazioni e dell'interazione con gli altri come soggetto di genere, incarnato e sessuato, per esempio analizzando criticamente il proprio e l'altrui linguaggio); *il portare alla luce il rimosso* (ovvero la considerazione di narrazioni e significati storicamente silenziati o resi invisibili nelle elaborazioni del pensiero, dalla storiografia alla letteratura all'arte etc.); *la decostruzione del dato per scontato* (ovvero l'analisi critica degli stereotipi e delle etichette che spesso poco spazio lasciano all'azione e alla libera espressione individuale, pena la sanzione o la discriminazione sociale).

Naturalmente, l'educazione di genere richiede di lavorare sul curriculum «manifesto», ad esempio scegliendo libri non stereotipati, analizzando criticamente e in un'ottica di genere testi e contesti storici, evidenziando ciò che c'è in un modo di raccontare la letteratura, l'arte, ma anche la matematica e le scienze, ma anche ciò che manca. Lavorando cioè sui pieni, ma anche sui vuoti del programma. Un esempio tra i tanti: un laboratorio di genere condotto qualche anno fa in una scuola primaria dell'Emilia Romagna. L'insegnante aveva chiesto agli alunni di trovare informazioni sulla giornata dei monaci benedettini in epoca medievale. Alunni e alunne tornarono a scuola portando il materiale che avevano trovato nei libri e nelle altre fonti che avevano consultato, internet compreso. L'insegnante accolse il materiale e ne discusse insieme a loro. E diede poi un nuovo compito: effettuare la stessa ricerca, ma stavolta sulla giornata quotidiana delle monache benedettine. Il compito si rivelò una sfida ben più difficile: e bambini e bambine tornarono in classe ammettendo di non essere riusciti a trovare informazioni. Naturalmente, questo era stato previsto dall'insegnante, che voleva in realtà cogliere l'occasione per ragionare criticamente e in una prospettiva di genere sulle fonti e su quell'assenza di informazioni, prima di iniziare una ricerca specifica guidata dall'insegnante su fonti secondarie.

Ma l'educazione di genere implica anche un lavoro consapevole a livello di curriculum «nascosto», ovvero dello stile comunicativo tra insegnanti e alunni, il linguaggio utilizzato, i valori impliciti, la conformazione degli spazi e dei materiali, il fare genere nei rapporti tra docenti e alunni e tra alunni stessi. Questo richiede anche corsi di aggiornamento per insegnanti e dirigenti scolastici, iniziative di coordinamento pedagogico su questi temi e la costruzione di occasioni di condivisione delle informazioni e dei valori coi genitori, nell'ottica di una educazione integrata il cui unico scopo è il benessere dei bambini e il miglioramento della società. Un esempio, tra i tanti che si potrebbero fare: il ministero dell'Istruzione, della Cultura e della Scienza olandese nel 2012 ha promosso un progetto pilota su 130 scuole primarie e secondarie. Queste erano tenute, con adeguate sovvenzioni, a prevedere lezioni informative su questioni LGBTQI con esperti esterni, a sensibilizzare gli insegnanti, a organizzare incontri sulle interazioni sociali per gli studenti, a somministrare progetti di formazione e orientamento per gli insegnanti, a

includere riferimenti alla diversità sessuale e di genere nelle materie e non da ultimo a coinvolgere i genitori in tutto questo. In alcune scuole le insegnanti si sono mostrate riluttanti a partecipare per evitare discussioni «difficili» coi genitori. Tuttavia, quando tutta la scuola ha indossato un paio di occhiali di genere per leggere criticamente la propria realtà, i risultati sono stati chiari. Grazie al progetto gli studenti si sono sentiti più sicuri nella loro classe e hanno percepito di appartenere di più alla propria scuola; e sia gli studenti sia i docenti hanno dichiarato che gli insulti omofobi e transfobici erano diminuiti (Ghigi 2019). La scuola, al pari di altre istituzioni, deve farsi carico della questione di genere con competenza e professionalità. Si tratta innanzitutto di formare al tema i e le docenti e stimolare al cambiamento su tre fronti: *sapere, saper fare e saper essere* (Graglia, 2019, pp. 187-191). D'altra parte, si tratta anche di agire con la serenità di chi assolve un compito che è proprio dell'istituzione cui afferisce. Se i genitori oggi riconoscono che la scuola «dovrebbe occuparsi di educazione ambientale, di alimentazione corretta, di contrasto al bullismo, di uso responsabile delle nuove tecnologie, di antirazzismo», tutti temi per i quali essi esercitano un diritto prioritario ma non esclusivo di educatori, «non si coglie perché un tema fondante come il genere sia l'unico a dover restare fuori dalla scuola» (Biemmi e Leonelli, 2016).

Conclusioni

Gli obiettivi di una educazione di genere competente ed efficace sono quelli della costruzione di una maschilità e di una femminilità e di rapporti di genere inclusivi (per una proposta di indicatori di una buona progettualità sul genere rimando nuovamente a: Ghigi, 2019). Se non esiste una singola «teoria del gender» né è rintracciabile un'unica idea della differenza a capo delle riflessioni pedagogiche che a loro volta orientano le pratiche educative – molte sono le cornici teoriche, molte le metodologie possibili e gli obiettivi in gioco – ciò non significa, però, che non si possa rintracciare nelle varie esperienze di educazione di genere un comune obiettivo: quello di contrastare le discriminazioni basate sul genere e le sofferenze che ne derivano. L'Italia è il fanalino di coda a livello europeo rispetto a una serie di indicatori di genere, che vanno dalla distribuzione ineguale del carico domestico e di cura, alla partecipazione delle donne al mercato del lavoro, alle rappresentazioni sessiste nei mass media generalisti. Secondo il rapporto dal World Economic Forum del 2018 che misura il *Gender Gap Index* di 149 paesi a livello comparato, l'Italia è al 70 posto a livello globale e al 17 posto sui 20 paesi dell'Europa occidentale per quanto riguarda la capacità di colmare le differenze di genere⁴. Naturalmente, non tutte le disuguaglianze e le discriminazioni che vivono le donne rispetto agli uomini (o alcuni uomini rispetto ad altri che incarnano una maschilità socialmente più accettata, cfr. Connell 1996) sono da imputarsi a fattori meramente culturali e alla socializzazione al genere ricevuta dall'infanzia.

⁴ Fonte: <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2018>

Tuttavia è comprovato come anche i genitori (e gli adulti) più egalitari tendano a comunicare inconsapevolmente stereotipi e rappresentazioni tradizionali a bambini e bambine, che portano storicamente i segni della asimmetria di potere. Bambini e bambine certamente li elaboreranno a loro volta, in parte interiorizzandoli, in parte trasgredendovi. Ma l'ambiente che li circonda assegna alle categorie del maschile e del femminile proprietà e caratteristiche lungamente sedimentate che vincolano la possibilità di azione dei singoli e presentano un orizzonte di eventi limitato anche nella dimensione del «pensabile»: è con questo ambiente che si relazioneranno, modificandolo e venendone modificati a loro volta.

In gran parte, il discorso *no gender* si fa forte di letture innatiste della differenza che sottolineano il diverso destino biologico dei corpi maschi e femminili. L'idea è che chi fa educazione di genere «dimentichi» la materialità dei corpi e per questo la loro funzione. Al di là di una simile distorsione tra morfologia e funzione, preme qui sottolineare che non è in fondo necessario avere un approccio che neghi la materialità biologica per considerare opportuna l'educazione di genere. Questo perché l'educazione non ha a che fare, in fin dei conti, con la differenza, quanto con la disuguaglianza, intesa come un ineguale accesso a risorse materiali e simboliche da parte di alcuni individui rispetto ad altri, che si è sedimentata nel corso del tempo e delle generazioni. Se si vuole contrastare la disuguaglianza, bisogna lavorare sul modo in cui *la differenza si rivela disuguaglianza e la disuguaglianza si giustifica con la differenza*. Le ricerche empiriche convergono nel mostrare che crescere in un ambiente che sanziona e stigmatizza la pluralità di genere (e di orientamento sessuale, di provenienza, ecc.), non solo comporta sofferenza per chi non si riconosce (o non viene riconosciuto) nelle categorie conformi alla norma, ma depaupera anche il capitale sociale del gruppo stesso, la sua capacità di articolare qualsiasi forma di accettazione della diversità. Insomma, il sessismo fa male a tutti, uomini e donne, allo stesso modo in cui l'omofobia fa male anche agli eterosessuali e il razzismo fa male anche ai bianchi – per quanto rappresentino ideologie che indubbiamente li avvantaggiano. La discriminazione è, in altre parole, un danno per chi la subisce, per la categoria che ne è l'oggetto e per la comunità tutta (Graglia, 2012 e 2019).

La scuola non può allora esimersi dal prendere in considerazione la dimensione di genere all'interno del proprio curriculum, sia quello manifesto, sia quello nascosto. Questo perché, diversamente da quanto poteva avvenire un tempo, oggi non si dà più per scontata una lineare acquisizione dell'identità di genere, né si dà per scontato che essa possa essere scevra da possibili deviazioni; e soprattutto ci si rende conto che modelli, stimoli e sanzioni forniscono informazioni cruciali sul maschile e sul femminile ai soggetti in formazione. E se le risposte ad alcune domande sulle identità, i ruoli e le relazioni di genere che genitori, bambini e bambine, ragazzi, ragazze si pongono («Gioca con le bambole, sarò gay?»; «È vero che le ragazze sono per natura meno portate per la matematica?»; «Se sono geloso, posso chiedere alla mia ragazza di dimostrarmi dove si trova in ogni momento?»; «Posso provare attrazione per un ragazzo e continuare a sentirmi un maschio?»)

non trovano risposte in una agenzia, come la scuola, sottoposta a controllo pubblico, tenuta a formare personale competente e aggiornato, preposta all'apprendimento di valori e contenuti, alla costruzione di una società democratica e inclusiva, allora *altre* agenzie lo faranno comunque. Ciascuna con i propri modelli e i propri significati, non necessariamente improntati alla parità e all'inclusione. È una partita troppo importante per lasciarla giocare agli altri.

Bibliografia

- Alanen L. (1988). Rethinking Childhood. *Acta Sociologica*, 31, 53-67.
- Belloni C. (2006). L'infanzia è diventata un fenomeno sociale? Contributi al dibattito sulla fondazione di un nuovo paradigma sociologico. *Quaderni di Sociologia*, 42, 7-39.
- Bernini L. (2016). La "teoria del gender", i "negazionisti" e la "fine della differenza sessuale". *AG- About Gender*, 5(10), 367-381.
<https://riviste.unige.it/aboutgender/article/view/338/411>
- Besozzi E. (2017). *Educazione e società*. Roma: Carocci.
- Biemmi I., Leonelli S. (2016). *Gabbie di genere: retaggi sessisti e scelte formative*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Bourdieu P. (1998). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- Butler J. (1990). *Gender Trouble. feminism and the subversion of identity*. New York-London: Routledge. Trad. it: *Questione di genere: il femminismo e la sovversione dell'identità*. Roma-Bari: Laterza (2013).
- Cipollone L. (a cura di, 1992). *Bambine e donne in educazione*. Milano: Franco Angeli.
- Colombo M. (2003). Differenze di genere nella formazione. *Studi di Sociologia*, 1, 87-112.
- Connell R. (1996). *Maschilità*. Milano: Feltrinelli.
- Connell R. (2011). *Questioni di genere*. Bologna: Il Mulino.
- Corsaro W.A. (2005). *The Sociology of Childhood*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Crespi I. (2003). *Il pendolo intergenerazionale. La socializzazione al genere in famiglia*. Milano: Unicopli.
- Gamberi C., Maio M.A., Selmi G. (2010). *Educare al genere. Riflessioni e strumenti per articolare la complessità*. Roma: Carocci.
- Garbagnoli S., Prearo M. (2018). *La crociata "anti-gender" dal Vaticano alle manif pour tous*. Torino: Kaplan.
- Ghigi R. (2018). Ritorno al corpo: epistemologie femministe e realtà sociali, in S. Besoli e L. Caronia (a cura di), *Il senso della realtà. L'orizzonte della fenomenologia nello studio del mondo sociale*, Macerata, Quodlibet, 2018, 131-150.
- Ghigi R. (2019). *Fare la differenza. Educazione di genere dalla prima infanzia all'età adulta*. Bologna: Il Mulino.
- Ghigi R., Sassatelli R. (2018). *Corpo, genere e società*. Bologna: Il Mulino.
- Graglia M. (2012). *Omofobia. Strumenti di analisi e intervento*. Roma: Carocci.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- Gianini Belotti E. (1973). *Dalla parte delle bambine*. Milano: Feltrinelli.

- Guillaumin C. (2006). Il corpo costruito. *Studi Culturali*, 3(2), 307-341.
- Hank K., Kohler H.P. (2000). Gender Preferences for Children in Europe: Empirical Results from 17 FFS Countries. *Demographic Research*, 2(1). doi: 10.4054/DemRes.2000.2.1
- James A., Prout A. (1998). *Constructing and Reconstructing Childhood*. Washington, DC: The Falmer Press.
- Jenks C. (1996). *Childhood*. New York: Routledge.
- Knapp S.J. (1999). Facing the Child: Rethinking Models of Agency in Parent-child Relations. *Contemporary Perspectives on Family Research*, 1, 53-75.
- Kuhar R., Paternotte D. (a cura di, 2017). *Anti-Gender Campaigns in Europe. Mobilizing against Equality*. London: Rowman & Littlefield.
- Matthews S. (2007). A Window on the 'New' Sociology of Childhood. *Sociology Compass*, 1(1), 322-334, doi: 10.1111/j.1751-9020.2007.00001
- Mayall B. (2002). *Towards a Sociology for Childhood: Thinking from Children's Lives*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Ottaviano C., Mentasti L. (2017). Differenti sguardi cattolici sull'educazione di genere nella scuola italiana: chiusure identitarie o aperture di nuove sfide? *AG- About Gender*, 6(12), 160-189. Online: riviste.unige.it/aboutgender/article/view/456
- Raley S., Bianchi S. (2006). Sons, Daughters, and Family Processes: Does Gender of Children Matter?, *Annual Review of Sociology*, 32, 401-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.061604.123106>
- Rinaldi C. (2016). *Sesso, sé e società*, Milano: Mondadori.
- Risman B. (2004). Gender As a Social Structure: Theory Wrestling with Activism. *Gender & Society*, 18(4), 429-450. <https://doi.org/10.1177/0891243204265349>
- Satta, C. (2012). *Bambini e adulti. La nuova sociologia dell'infanzia*. Roma: Carocci.
- Sgritta G.B. (1994). Infanzia, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma.
- Thorne B. (1993). *Gender Play. Girls and Boys in School*. Buckingham: Open University Press.
- West C., Zimmerman D. (1987). Doing gender. *Gender & Society*. 1(2), pp. 125-151. doi:10.1177/0891243287001002002. JSTOR 189945.
- Zappino F., Ardilli D. (2015, 14 luglio). La volontà di negare. La teoria del gender e il panico eterosessuale. <http://www.lavoroculturale.org/la-volonta-di-negare/>

Modelli del binarismo di genere e prospettive transfemministe

Elia A.G. Arfini*

Sommario - A partire da una prospettiva sociologica, basata sulla teoria transfemminista e queer e sugli studi sociali sulla scienza, questo articolo riflette sull'evoluzione storica e concettuale dei modelli teorici sviluppati per comprendere genere, sesso, e la loro varianza. In primo luogo, discutiamo la progressiva elaborazione del modello sesso/genere, e le implicazioni del binarismo di genere con la disuguaglianza sociale e l'eteronormatività. Successivamente, passiamo in rassegna l'evoluzione storica della varianza del sesso, con particolare attenzione al caso dell'intersessualità e dell'attivismo in quel campo. I paragrafi successivi sono dedicati alla varianza di genere, e includono una discussione sui modelli analitici della diversità di genere, la patologizzazione dell'esperienza trans, e l'emersione dei generi non-binari. Infine, concludiamo con una discussione sulle politiche per l'affermazione di genere, proponendo una cornice basata sui diritti umani e sul consenso informato come azione politica finalizzata al contrasto della violenza del binarismo di genere.

Parole chiave: *Binarismo di genere; transfemminismo; trans; cisgender; intersex.*

Abstract - Models of gender binarism and transfeminist perspectives

Drawing on sociology, transfeminist and queer theory, and on social studies of science, this article reflects on the historical and conceptual evolution of theoretical models aimed at understanding gender, sex, and their variance. Firstly, we present the progressive elaboration of the sex/gender model and the implication of gender binarism with social inequality and heteronormativity. Secondly, we review the historical evolution of sex variance, with particular attention to the case of intersex and activism around it. Thirdly, we focus on gender variance, including a discussion on models of understanding of gender diversity, on the pathologization of trans experience, and on the emergence of non-binary genders. Finally, we conclude with a discussion on gender and sex affirmation politics, proposing a human rights frame based on informed consent as a political action aimed at contrasting the violence of gender binarism.

Key words: Gender binarism; transfeminism; trans; cisgender; intersex.

Introduzione

Nell'Ottobre 2019 viene ripresa anche in Italia la notizia della denuncia mediatica di una dipendente americana della società di consulenza finanziaria Ernst & Young. La donna organizza una fuga di notizie che diffonde alcune dispense del corso di formazione aziendale per lo sviluppo delle qualità di leadership nelle professioniste, per denunciare l'impostazione sessista del corso e dei materiali di lavoro utilizzati. Alle partecipanti sarebbero stati dati consigli su diversi aspetti:

* *Membro fondatore di CRAAAZI - Centro di Ricerca e Archivio Autonomo transfemminista queer "Alessandro Zijno" (Bologna) e Professore a contratto di Gender Studies per l'Università di Bologna.*

dall'abbigliamento (accattivante ma non troppo) alla gestione dei turni di parola (evitare di aspettare troppo). L'acquisizione di capacità carismatiche utili a massimizzare la produttività, sostanzialmente, si ridurrebbe alla conformità a stereotipi del maschile: assertività, intraprendenza, autonomia, etc. Di converso, caratteristiche tipicamente femminili come sensibilità emotiva, gentilezza e empatia, potrebbero essere di ostacolo al raggiungimento del successo in un ambiente di lavoro dominato dagli uomini. A seguito della fuga di notizie, l'azienda sarà costretta a scusarsi e a cancellare l'erogazione del programma.

Tra i materiali diffusi dall'Huffington Post (Peck, 2019) è possibile riconoscere una versione parziale del Bem Sex Role Inventory (Bem, 1974), un classico della psicologia sociale che è stato negli anni rivisto, commentato, testato in diversi contesti (Hoffman & Borders, 2001; Starr & Zurbriggen, 2017) e infine – come abbiamo visto in questo caso – diluito e trasformato a breve guida alle differenze essenziali tra gli uomini e le donne. Ma prima ancora di essere un modo di descrivere il femminile e il maschile, il genere è, come ricordano Simonetta Piccone Stella e Chiara Saraceno “un modo di classificare, di indicare l'esistenza di tipi” (1996, p. 8). Questo modo di classificare è binario.

Per illustrare questa dimensione cognitiva della funzione classificatoria del genere, riporterò un esempio di esercizio didattico. Si chiede alla classe o al pubblico di immaginare o visualizzare due posate – una forchetta e un cucchiaio – e di assegnare a queste un genere, motivando l'assegnazione con un criterio a propria scelta. I criteri che emergono sono di solito i più disparati: c'è chi fa valere il genere grammaticale (forchetta = F, cucchiaio = M), chi la valenza simbolica derivata dalla destinazione d'uso (cucchiaio: morbido, accogliente = F, forchetta: appuntita, dritta = M). Al termine della discussione si invita a raggiungere una mediazione e ad assegnare un genere alle posate. Non importa quale criterio si adotti, si segna però a questo punto la posata che verrà assegnata al maschile. A questo punto si invita chi partecipa a eliminare dalla scena la posata assegnata al femminile, ad accostare alla posata assegnata al maschile un coltello, e a rifare l'esercizio. Il coltello verrà unanimemente assegnato al maschile, vuoi per il criterio grammaticale, vuoi per la simbologia maschile ad esso associata (violenza, rigidità, penetrazione, etc), e l'altra posata dovrà “cambiare sesso”. Questo semplice esercizio consente di discutere e mettere in luce almeno tre punti. In primo luogo, usare il genere come modo di classificare è un'operazione molto semplice: difficilmente risulta complicato o artificioso assegnare un genere – cioè qualcosa che conosciamo come legato ai corpi, ai desideri, alle relazioni – a degli utensili per mangiare. In secondo luogo, l'istruzione “assegnare un genere alle posate” viene, nella stragrande maggioranza dei casi, interpretata come opposizione (difficilmente entrambe le posate vengono assegnate allo stesso genere). Infine, pur di mantenere questa complementarità, nella seconda parte dell'esercizio, la diversità viene non più descritta ma prodotta dalla relazione, che arriva a far rivedere la precedente assegnazione, mettendo quindi in luce il carattere posizionale e complementare della costruzione del genere.

La costruzione culturale del genere come modello esclusivamente e strettamente binario è quindi una competenza fondamentale, un'attività sociale che richiede un continuo impegno, e merita anche – come abbiamo visto in apertura – degli appositi corsi di formazione professionale.

Modelli di genere

Ricordiamo che *Bem Sex Role Inventory* (Bem, 1974), si compone di 60 item, ciascuno dei quali è costituito da un aggettivo o da una breve descrizione indicante caratteristiche di personalità. Di queste 60 caratteristiche, 20 sono considerate maschili, 20 femminili, 20 sono considerate neutre rispetto ai generi. Lo scopo di Sandra Bem non era certo quello di descrivere le differenze tra uomini e donne, bensì di misurare la desiderabilità sociale di alcuni tratti, e quindi individuare gli stereotipi prescrittivi prevalenti. Inoltre, il BSRI rappresentò uno dei primi tentativi di ricostruire un modello teorico della differenza di genere che non fosse bidimensionale e bipolare: lo score infatti consente di misurare 4 dimensioni (maschile vs femminile, indifferenziato [basso score su entrambi i set di items] vs androgino [alto score su entrambi i set di item]).

Oggi i modelli, di derivazione sperimentale o teorica, disponibili per comprendere il genere (e la sessualità) si sono moltiplicati e sono diventati molto più complessi¹, nel tentativo di dare conto di quelle esperienze che non si allineano a una descrizione dicotomica del genere (uomo/donna) e della sessualità (omosessuale/eterosessuale). Nella storia delle scienze sociali e degli studi di genere, è possibile ricostruire una traiettoria di questo processo di complicazione dei modelli di genere, che procede verso la progressiva decostruzione del paradigma sesso/genere. Il paradigma sesso/genere è un costrutto teorico che separa a livello analitico le componenti naturali e materiali, da quelle culturali e sociali che vanno insieme a costituire le categorie di maschile e femminile. Convenzionalmente attribuito al saggio di Gayle Rubin *The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex*, pubblicato nel 1975, questo modello, per dirlo con una famosa metafora (Nicholson, 1994), concepisce il sesso come la "gruccia" su cui si appoggia il genere. Il sesso dunque è tutto ciò che vi è di naturale – ovvero di innato, materiale e immutabile – nella differenza tra uomini e donne, e il genere è l'interpretazione culturale di questa differenza. Al di là della fallacia naturalista implicita a questo modello, che quindi apre alla possibilità di associare al naturale un giudizio valoriale positivo e di giustezza morale, il paradigma sesso/genere lascia inevase alcune domande che emergono quando si riconosce la plasticità e agentività della natura (Barad, 2007; Haraway, 2018; Roy, 2018;) e l'immobilità di alcuni aspetti della cultura (West & Zimmerman, 1987). Per esempio: come dare conto della variabilità "naturale" (Crocetti, 2013b; Dreger, 1998; Fausto-Sterling,

¹ Per un esempio di modello complesso, che integra genere, sesso, e sessualità, si veda Van Anders, 2015.

2015; Hird, 2004) dei sessi (si pensi al caso dell'intersessualità)? Nel paragrafo successivo (6) sulla varianza del sesso verrà messa in luce la storicità della categoria di sesso e le risposte sociali alla sua varianza. E come dare conto, di converso, alla resistenza al cambiamento di alcuni copioni culturali? Emblematico è in questo senso il caso del lavoro di riproduzione, ovvero del lavoro necessario alla riproduzione e al sostenimento della vita umana. Questo lavoro, a differenza del lavoro di produzione di beni e servizi, non è salariato, ma è naturalizzato come "lavoro d'amore" (Federici, 1975) e svolto gratuitamente (Dalla Costa, 1972). Nonostante il massiccio ingresso delle donne nel mercato del lavoro salariato, il lavoro di riproduzione è ancora svolto in larga misura dalle donne (in particolare in Italia, si veda Arfini & Busi, 2020). Con esso infatti, si riproduce non solo cura, educazione, supporto affettivo, alimentazione, pulizia domestica, etc., ma anche il genere. L'esperienza trans, in particolare, mette in crisi questa separazione tra natura e cultura e tra materiale e simbolico: convenzionalmente rappresentata come il sentire intimo di persone il cui genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita, quella trans è però anche un'esperienza fortemente radicata nella governamentalità sociale – in particolare quando inserita in percorsi di riconoscimento istituzionale e legale, e nella materialità dei corpi – in particolare quando medicalizzata. Alcune molecole sono state concepite come ormoni, e in particolare come ormoni sessuali (estrogeni e testosterone). Questi ormoni socialmente costruiti (Oudshoorn, 2003; Jordan-Young & Karkazis, 2019; Preciado, 2008) come sessuali creano effetti sui corpi. Questi effetti, analoghi nelle persone trans e in quelle cis², sono naturali, perché iscritti nei corpi, o culturali, perché letti come marcatori di genere?

Per uscire da questa impasse, il paradigma sesso/genere è stato progressivamente decostruito nelle scienze umane e sociali, attraverso varie strategie. Da un lato, la tradizione interazionista e l'etnometodologia (Garfinkel, 2000; Goffman, 1977; Kessler & McKenna, 1985), dall'altro lo studio sociale e storico della scienza (Keller, 1995; Laquer, 1992), hanno situato quello che intendiamo come sesso e natura nello specifico contesto storico e sociale da cui emerge. Una definizione sintetica ed efficace di sesso quindi, in base a questo approccio, è fornita da Candance West e Don Zimmermann (1987), secondo i quali il sesso "è una determinazione fatta attraverso l'applicazione di criteri biologici socialmente condivisi per classificare le persone come femmine o come maschi" (West & Zimmerman, 1987, p. 127). Le parole chiave di questa definizione sono "determinazione", "condivisione sociale" e "classificare". Gli studi storici sulla scienza hanno ricostruito i meccanismi di determinazione che via via hanno acquisito la legittimità condi-

² Usiamo trans per indicare l'esperienza di quelle persone che transitano verso un genere diverso da quello loro assegnato alla nascita. Cis (o cisgender) invece si usa per indicare una persona la cui identità di genere è allineata al proprio sesso assegnato (Aultman, 2014). Non binario indica invece un posizionamento ed esperienza del proprio genere che si colloca al di fuori del binario maschile/femminile (si veda infra, par. 6). Endosex è la condizione delle persone non intersex, ovvero le cui caratteristiche sessuali coincidono con quelle che ci si aspetta debbano essere normalmente maschili o femminili.

visa necessaria a attuare la determinazione del sesso. Nel periodo 1870-1915, il consenso medico-scientifico sulla determinazione del sesso si concentrò sulla natura anatomica del tessuto gonadico (Dreger 1998). A partire dagli anni '50 la ricerca scientifica sui criteri di determinazione sessuale si concentra sullo studio dei fattori genetici di determinazione testicolare, una linea di ricerca che verrà però fortemente messa in crisi dalle evidenze dei più complessi modelli poligenetici (Busi, 2018). Pertanto, che conti come sesso il DNA, le gonadi, gli ormoni, i dotti e gli organi riproduttivi, i genitali, gli ormoni, o le caratteristiche secondarie del sesso (Fausto-Sterling, 2000; Fine, 2010; Rosario, 2009), è un fatto storicamente variabile. Il sesso quindi non è un dato pre-esistente la sua osservazione (osservazione che varia anche a seconda degli strumenti tecnologici disponibili), ma una determinazione dipendente dallo stato di ciò che viene "socialmente condiviso". La condivisione quindi convalida la "determinazione" che produrrà la "classificazione" in due categorie sessuali. Questa originaria determinazione del sesso avviene alla nascita ed è orchestrata da una serie di autorità mediche e legali; successivamente nel corso della vita, nell'interazione sociale, non si ha generalmente accesso a quei dati che hanno consentito la determinazione, ovvero di norma all'aspetto dei genitali esterni. Tuttavia, deve sempre essere possibile collocare un individuo in una delle due categorie sessuali. Per questo, è necessario fare il genere, ovvero l'attività umana che riproduce il proprio genere, le aspettative rispetto al genere altrui, e la responsabilità individuale della conferma dell'appartenenza alla propria categoria sessuale corretta. Il sesso diventa un fatto pertinente solo perché desunto dalla lettura del genere. Viene quindi invertito il nesso causale del paradigma sesso/genere: il genere precede il sesso (Delphy, 1991, p. 3).

Judith Butler (1990), ha concepito questa attività di produzione del genere come una serie di atti performativi che, così come gli enunciati linguistici performativi, creano la realtà che enunciano. Concepire il genere come atto performativo significa che per poter essere uomini e donne dobbiamo fare attivamente, in accordo alle norme sociali, una serie di azioni: alcune sembrano abbastanza superficiali (apparire, parlare o muoversi in un certo modo), alcune sono fatte insieme ad altri (fare certi mestieri in casa o intraprendere certe carriere), altre ancora sono molto intime (desiderare alcuni corpi, provare determinate emozioni, avere certe ambizioni). Il genere è un fatto pubblico che difficilmente riusciamo a non esprimere, a non riconoscere, a non voler disambiguare quando appare indecidibile. Questo lavoro del genere, se si interrompe, viene rifiutato, o se viene condotto non in accordo alla propria categoria sessuale, genera sempre una crisi, e questa può essere vissuta come una liberazione, un fallimento, un rischio, un progetto o una paura, a seconda dell'intenzione e del contesto. Diversamente da un ruolo sociale, il genere non ha bisogno di un particolare ambito o sfera di espressione: ogni attività e relazione umana è potenzialmente declinabile in termini di genere. L'ubiquità del lavoro di genere ne coadiuva l'invisibilità. Ma qual è la giustificazione funzionale di tutto questo lavoro sociale? È qui che Butler fa fare un salto alla teoria della costruzione sociale dei generi, perché ci spiega come il binarismo

di genere e la naturalizzazione del sesso servano a rendere possibile e a sostenere l'eterosessualità come norma. Senza i due generi binari, a loro volta stabilizzati dal referente posto come naturale e immutabile (il sesso) e senza la proibizione dell'omosessualità (che dipende anch'essa dai due generi binari), l'eterosessualità non potrebbe essere concepibile. È quindi solo facendo entrare nel quadro la sessualità, e ponendo la sessualità prima del genere, che possiamo capire come e perché il binarismo sia il puntello strutturale dell'eteronormatività. In questo senso, attraverso un fatto apparentemente molto privato, come la sessualità, costruiamo il nostro essere pubblico. La sessualità in questo modo viene pensata come analiticamente distinta dal binarismo genere, ma nel contempo ad esso strettamente imbricata (un posizionamento caratteristico delle teoria queer [Arfini & Lo Iacono, 2012]). Inoltre, viene riconosciuto il ruolo della sessualità nella costruzione della sfera pubblica (Berlant & Warner, 1998): forse non c'è esperienza di socialità più intensa dell'incontro con l'altro nel sesso (Berlant & Edelman, 2013). E a partire dall'eterosessualità obbligatoria si struttura il nucleo fondamentale delle nostre esistenze sociali, ovvero la famiglia eteropatriarcale, che è l'istituzione cardine della nostra società.

La riproduzione del binarismo di genere e del paradigma eteronormativo che lo sostiene, è infatti una forza strutturante l'organizzazione sociale, necessaria in particolare a giustificare le disuguaglianze di genere. Pensare al genere come struttura sociale (Risman 2006) necessita quindi di continuare a riconoscere le forme di disciplina di corpi, desideri, ed esperienze che eccedono l'organizzazione ortogonale del genere.

La varianza del sesso

Il termine ombrello intersex (o intersessualità), indica l'essere nati con caratteristiche corporee che non rientrano nella definizione binaria di maschile e femminile. Le statistiche ipotizzano una prevalenza che oscilla dallo 0.3% al 2% della popolazione (Lee, *et al.*, 2016); è però molto difficile fornire una stima accurata di quante persone nascano con tratti di intersessualità, perché questi dati non sono raccolti sistematicamente o non sono resi disponibili, perché alcune condizioni sono poco diagnosticate o diagnosticate in età adulta, perché la diagnosi dipende dalle tecnologie mediche disponibili, e anche perché l'inclusione di alcune condizioni all'interno del termine ombrello è dibattuta. È questo il caso della Sindrome di Klinefelter, una condizione caratterizzata da un'anomalia in cui un individuo di sesso maschile possiede un cromosoma X soprannumerario (47,XXY). Spesso questa variazione non dà luogo a manifestazioni principali, a parte una riduzione della fertilità, e di conseguenza in questi casi la condizione viene diagnosticata solo in età adulta, più probabilmente a quegli uomini che sono impegnati in progetti riproduttivi. Per questo motivo, spesso i gruppi di attivisti preferiscono non usare il termine ombrello, adottando invece il termine medico specifico che designa la variazione. A partire dagli anni '90, su pressione dei gruppi di attivismo

biosociale (Rabeharisoa & Callon, 2002; Rose, 2001; Rose & Novas, 2008) la gestione medica dell'intersessualità si distanzia dal modello (Optimal Gender of Rearing) sviluppato dal gruppo della Johns Hopkins di John Money fino ad allora egemone (Karkazis, 2008; Reis, 2009). Questo modello prevedeva di normalizzare il prima possibile i neonati con interventi chirurgici e ormonali, senza assicurarsi della piena condivisione delle informazioni e del consenso dei genitori e delle persone direttamente interessate (una strategia apparentemente finalizzata a consolidare meglio la stabilità e veridicità dell'assegnazione di genere costruita). Nel 2006, a termine di un lungo processo di consultazione che ha coinvolto anche alcuni esperti laici (Epstein, 1995) (genitori e associazioni) viene coniato il termine Disordini dello Sviluppo Sessuale [Disorders of Sex Development] (DSD). Le procedure di revisione del consenso sui protocolli di trattamento hanno rappresentato un notevole passo avanti, in accordo con l'evoluzione della cultura scientifica verso una medicina basata sulle evidenze, e della cultura giuridica rispetto alla tutela del consenso. Tuttavia le ricerche sulla pratica clinica dimostrano come i singoli contesti locali (Crocetti, 2013a) rimangano il più delle volte refrattari al cambiamento e in particolare all'astensione da ogni intervento estetico normalizzante, praticato nell'infanzia su minori che non possono esprimere il proprio consenso. In ogni caso, il termine DSD è stato criticato per il fatto di applicare il termine "disordine" a quelle che sono variazioni del sesso (Feder & Karkazis, 2008). L'attivismo intersex, per contrastare queste pratiche, si sta oggi orientando sempre più verso una strategia di framing (Benford & Snow, 2002), che presenta le mobilitazioni all'interno della cornice dei diritti umani (Crocetti, *et al.*, 2020). Anche se la "I" è ormai da tempo inclusa nell'acronimo LGBT, non sempre la cornice di tutela delle diversità sessuali e di genere è ritenuta adeguata o sufficiente per affrontare il problema della violazione dell'autoderminazione e del consenso che molte persone direttamente interessate dall'intersessualità subiscono. Per questo motivo inoltre, a intersessualità o DSD può essere preferito (Carpenter, 2016) il termine Variazione delle caratteristiche del sesso (VSC): queste caratteristiche del sesso vanno quindi intese come oggetto di tutela legale, da assicurarsi attraverso la proibizione degli interventi normalizzanti sui corpi diversi, in particolare quelli dei neonati.

La varianza di genere

Per persone trans o cis, la performance di genere rimane sempre un'approssimazione rispetto all'ideale normativo. La desiderabilità sociale delle norme di genere è un meccanismo particolarmente pervasivo ed efficace, perché disciplina aspetti primari dell'identità individuale e risvolti intimi dell'esperienza emotiva ed erotica delle persone. Spiegare quindi il desiderio e le pratiche eccentriche rispetto al binarismo di genere richiede di teorizzare un modello di genere in grado di resistere alla pressione critica data dall'esistenza di forme di vita oltre i due generi, e che possa auspicabilmente essere anche di supporto e sostegno alle politi-

che e alle lotte volte a rendere tali forme di vita sostenibili e vivibili. Surya Monro (2000, 2005) identifica tre filoni principali utili a teorizzare la diversità di genere: 1) espansione: l'idea che le norme di genere del maschile e del femminile si stiano allentando e che quindi sia possibile mantenere salda una forma di binarismo di genere, pur rendendo meno stringenti i requisiti normativi che regolano l'appartenenza a una delle due categorie sessuali; 2) dissoluzione: la prospettiva di rendere la differenza di genere sempre meno importante e meno rilevante. Si tratta di un progetto spesso associato alle frange più radicali (Bornstein, 1994; Nestle, Howell & Wilchins, 2002; Halberstam, 2002; Wilchins, 1995) della teoria queer (e quindi anche tra quelli più temuti dal neofondamentalismo no gender) ma che in realtà può avere senso anche all'interno di più classiche teorie della strutturazione; qui infatti, se il genere è compreso come meccanismo di giustificazione della gerarchia sociale, la liberazione di chi è oppresso dall'ordine di genere, passerebbe dalla dissoluzione dello stesso. Barbara Risman (2009) per esempio, sostiene questa prospettiva quando invita a ricercare tutte quelle situazioni sociali in cui le norme di genere perdono di importanza mentre la tendenza è invece quella di categorizzare tali comportamenti innovativi come "nuove femminilità" o "nuove mascolinità"; ma – chiede Risman – "perché mai le norme collettive di un qualsiasi gruppo di esseri umani dotati di vagine dovrebbero essere chiamate un tipo di femminilità?" (ivi, 83). 3) pluralismo di genere: una visione che concepisce i generi come plurali, che si basa quindi sulla valorizzazione delle diversità, sulla proliferazione delle configurazioni sessuali, sui modi in cui l'espressione di genere viene interpretata dagli individui, trasformata nell'interazione con i contesti, sostenuta dal lavoro di validazione e legittimazione delle comunità, negoziata nella sua intersezione con altri assi identitari.

Patologizzazione della varianza di genere

Nell'occidente contemporaneo l'esperienza di varianza di genere che ha ricevuto maggiore attenzione, sia dalle scienze umane e sociali che dalle scienze biomediche, è quella trans. Nel suo essere legata alla disponibilità di determinate tecnologie di modificazione della materialità dei corpi, l'esperienza trans ha cominciato ad essere socialmente leggibile come patologia a partire dagli anni '60. Nel 1975 la categoria di "transessualismo" è stata inserita nella International Classification of Diseases (ICD) della World Health Organization. Per quanto riguarda invece il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, la diagnosi di "transessualismo" fa il suo ingresso nel DSM-III nel 1980. È interessante notare la più ampia dinamica storica (Drescher, 2015) che vede pochi anni prima (nel 1973), la rimozione dell'omosessualità (Conrad, 1992; 2007) dal DSM-II; nella stessa edizione del 1980 viene però introdotta, assieme al transessualismo, la categoria di "omosessualità ego distonica": condizione di sofferenza rispetto alla propria omosessualità. Questa patologia, che di fatto individualizza la sofferenza sociale causata dall'omofobia e giustifica le terapie riparative, rimarrà nel DSM fino al 1987.

Nel 1994, il DSM-IV passa alla terminologia “Disordine dell’Identità di Genere” (DIG). Tra gli anni ’60 e ’90, la gestione medica dell’esperienza trans è saldamente ancorata a una concezione binaria dei generi ed eteronormativa della sessualità. Il successo della transizione veniva misurato sulla capacità di assumere la performance del genere opposto nella maniera più corretta possibile, cancellando ogni traccia del proprio passato (Stone, 1992).

Negli ultimi anni sono avvenute alcune revisioni importanti nella conoscenza accreditata dell’establishment medico-scientifico. Nel 2013, nella più recente edizione del DSM (DSM-V) è stato sostituito il GID con la “disforia di genere”. Nella 11esima revisione dell’ICD (2019) l’“incongruenza di genere”, è stata ridefinita e rimossa dal capitolo relativo ai disturbi psichici e del comportamento per essere inserita in un nuovo capitolo concernente la salute sessuale. Gli Standard di Cura del World Professional Association for Transgender Health (WPATH), periodicamente rivisti a partire dal 1979, riconoscono dal 2012 che “the expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one’s assigned sex at birth is a common and culturally diverse human phenomenon [that] should not be judged as inherently pathological or negative” (Coleman, *et al.*, 2012, p. 4)³.

Grazie al movimento trans, queer, transfemminista, e alla resilienza delle persone trans, il potere normalizzante delle istituzioni di gatekeeping – ovvero di legittimazione e garanzia di accesso ai trattamenti e al riconoscimento – si è quindi progressivamente allentato. Tuttavia, l’idea che il passaggio da GID a “disforia” rappresenti un’opzione meno patologizzante per le persone trans, è stata ampiamente contestata sia da organismi transnazionali di advocacy (Transgender Europe, Gate, Ilga) che da ricerche empiriche sulla realtà delle modalità di accesso ai trattamenti (Davy, 2010; MacKinnon, 2018), in cui la diagnosi è tutt’altro che descrittiva quando funziona ancora da filtro di accesso.

In generale, in termini di esperienza di accesso, nel nord globale e in Italia in particolare, permangono importanti barriere alla piena autodeterminazione delle persone trans. Al di là dell’evoluzione nella terminologia, la diagnosi rimane un dispositivo di filtro di accesso, che descrive una condizione individuale e che è assegnata e legittimata da qualcuno di diverso dalla persona direttamente interessata.

La popolazione trans è sproporzionatamente esposta a una serie di fragilità sociali e di salute: i tassi di suicidio, violenza, incarcerazione, disoccupazione e povertà (Grant, *et al.*, 2011; James, *et al.*, 2016; Haas, *et al.*, 2014) sono più alti tra le persone trans, soprattutto tra le donne, le persone non bianche, migranti, o con disabilità. In questo senso i fattori di stress derivanti dalla discriminazione continuano a causare sofferenza ed esclusione sociale.

³ “l’espressione delle caratteristiche di genere, comprese le identità, che non possono essere associate allo stereotipo del sesso assegnato ad una persona alla nascita, è un fenomeno comune e dipendente dai diversi contesti culturali che non dovrebbe essere giudicato come necessariamente negativo o patologico” [traduzione dalla localizzazione italiana].

Il dibattito sull'opportunità di riformare o eliminare la diagnosi, o sull'interpretazione della diagnosi come descrizione di una sofferenza o come descrizione di una diversità, ha anche tenuto conto dell'uso strategico del dispositivo diagnostico. Sia nei sistemi sanitari basati sulle assicurazioni volontarie sia nei sistemi in cui la sanità è finanziata dalla fiscalità generale (come l'Italia), infatti, inquadrare l'esperienza trans come patologia servirebbe a garanzia di accesso ai trattamenti per chi lo richiede. Sul caso Italiano in particolare, Fiorilli e Voli (2015) mettono però in luce come la tutela dell'accesso possa essere invece giustificata non da una patologia da correggere, ma da una affermazione del diritto umano all'autodeterminazione.

Generi non-binari

Le scienze mediche, in quanto attività sociali, hanno quindi a lungo riprodotto una forte enfasi sui generi binari e l'eteronormatività, sulla transizione medicalizzata, sul sesso assegnato alla nascita e sugli organi genitali esterni, sulla cura della condizione trans. Per questo motivo, le esperienze di persone genderqueer o gender nonconforming o non binarie cominciano solo recentemente a entrare nel raggio di attenzione delle scienze sociali e biomediche.

Emersi nel contesto angloamericano, i termini genderqueer e “non-binary” vengono usati in maniera presocchè intercambiabile. In Italia però, nella letteratura prodotta dal movimento transfemminista queer e nei social media, si può rintracciare una prevalenza di “non binario” (termine anche più facilmente adattabile dal punto di vista linguistico al contesto locale). Trattandosi di un linguaggio in continua evoluzione, perché emergente dalle comunità e in risposta ai bisogni e ai desideri delle persone coinvolte, possiamo considerare “non binario” come un termine ombrello che comprende quelle soggettività che si collocano fuori, contro, o a metà strada tra i due generi.

Pochi sono gli studi sull'incidenza o la composizione demografica (Koehler, *et al.*, 2017), occasionali le iniziative istituzionali di inclusione amministrativa (Spade, 2015), e non uniforme l'azione di riforma legislativa per il riconoscimento legale (ad oggi avviata in forme e con requisiti diversi in alcuni stati USA e province Canadesi, oltre che in Uruguay, Malta, Danimarca, Nuova Zelanda, Bangladesh, India e Nepal) (Transgender EuroStudy 2008).

Il WPATH raggruppa le identità non-binarie sotto l'ombrello trans e quindi registra l'interesse della comunità medica ad aggiornare gli approcci di fronte all'emergenza di nuove forme di soggettività. È anche disponibile una misura, la genderqueer identity (GQI) scale (McGuire, *et al.*, 2019) che è stata recentemente proposta come strumento validato per misurare le espressioni di genere al di là del modello binario e dello stadio o stato di transizione. Lo strumento si compone di quattro sottoscale: 1) sfida al binarismo: la misura di quanto l'espressione di genere sfidi l'organizzazione binaria dei generi, e di quanto questa provocazione sia intenzionale; 2) costruzione sociale del genere: la misura di quanto la persona,

al di là del tipo di espressione, riconosca la costruzione sociale del proprio genere; 3) consapevolezza teorica: la familiarità teorica e politica, al di là della tipologia del proprio progetto sul corpo o identificazione, con le teorie sociali sul binarismo di genere; 4) fluidità: l'auto percezione del carattere transitorio, malleabile, temporaneo, della propria esperienza, espressione e identificazione di genere.

Anche all'interno dello stesso movimento trans, c'è ancora poca confidenza con le identità non-binarie, che possono essere rappresentate come meno legittimamente trans, ma anche come culturalmente e politicamente più "avanzate", appannaggio di una generazione più giovane e privilegiata (Serano, 2007).

Conclusioni

Nel 2014, le opzioni di identificazione di Facebook passano da due a 58, e attualmente ammontano a 71 nella localizzazione Inglese. Anche se a livello di database la programmazione resta binaria (Bivens, 2017), la proliferazione dei generi (si veda infra par. 4 e 6) è anche una moltiplicazione di stili di consumo. Nei paesi anglofoni l'uso del "they" singolare come pronome neutro rispetto al genere si sta diffondendo (Bradley, *et al.*, 2019). In Italia le soluzioni leggibili (come l'uso della "-u") sono ancora poco praticate, ma nel linguaggio scritto l'uso dell'asterisco è sempre più diffuso.

L'attivismo del movimento trans continua a lavorare per la piena depatologizzazione e degiuridificazione della diversità di genere. Il modello del consenso informato e la cornice dei diritti umani (Powell, *et al.*, 2016) sono sempre più usati per sostenere le politiche trans (ma anche, come abbiamo infra, le politiche dell'intersessualità [Crocetti, *et al.*, 2020]).

Un modello di accesso ai trattamenti di affermazione di genere basato sul consenso informato consente di cedere potere dalle istituzioni verso le persone direttamente interessate. Il ruolo delle professioni sanitarie e giuridiche non sarebbe quindi più quello di filtro e validazione, ma quello di supporto e informazione su conseguenze, rischi e benefici. Il consenso informato, sostenuto da due diritti fondamentali, ossia il diritto alla salute e quello all'autodeterminazione (Bernardini, 2016), già regola la relazione tra cittadini e istituzioni mediche nel caso delle persone cis. Nel caso dell'esperienza trans consentirebbe di convalidare la semplice affermazione: "siamo chi diciamo di essere".

Il movimento transfemminista, in particolare quello di matrice Sud Europea e Sud Americana (Arfini, 2020), ha concepito il binarismo di genere non solo come forza strutturante l'organizzazione sociale, ma come violenza. Politicamente, non è abbastanza riconoscere il portato socialmente costruito delle norme di genere: questo di per sé non le rende meno necessarie o meno violente. La difesa dell'autonomia e dell'autodeterminazione del proprio corpo, in particolare per quanto riguarda i suoi aspetti sessuati, sono quindi percorsi di liberazione per ogni forma di espressione della varianza di genere – trans o cis – e in ogni intersezione con altri assi identitari.

Bibliografia

- Arfini E.A.G. (2020). Transfeminism. *Lambda Nordica - Nordic Journal of LGBTQ studies*, in press.
- Arfini E.A.G. & Busi B. (2020). The (re)production of (in)equality in Italy: feminisms and reproductive labour in the era of populism'. In S. Clisby, M. Johnson & J. Turner (Ed.), *Theorising Cultures of Equality*. New York-London: Routledge, in press.
- Arfini E.A.G. & Lo Iacono C. (2012). *Canone inverso. Antologia di teoria queer*. Pisa: Edizioni ETS.
- Aultman B. (2014). Cisgender. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 61-62.
- Barad K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham: Duke University Press.
- Bem S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155.
- Benford R.D. & Snow D.A. (2000). Framing processes and social movements: An overview and assessment. *Annual review of sociology*, 26(1), 611-639.
- Berlant L. & Edelman L. (2013). *Sex, or the Unbearable*. Durham: Duke University Press.
- Berlant L. & Warner M. (1998). Sex in public. *Critical inquiry*, 24(2), 547-566.
- Bernardini M.G. (2016). *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*. Torino: Giappichelli Editore
- Bivens R. (2017). The gender binary will not be deprogrammed: Ten years of coding gender on Facebook. *New Media & Society*, 19(6), 880-898.
- Bornstein K. (1994). *Gender Outlaw: On men, women and the rest of us*. New York-London: Routledge.
- Bradley E.D., Salkind J., Moore A. & Teitsort S. (2019). Singular 'they' and novel pronouns: gender-neutral, nonbinary, or both?. *Proceedings of the Linguistic Society of America*, 4(1), 1-7.
- Busi B. (2018). Luci e ombre della normalizzazione della critica femminista: il caso della biologia del sesso. *Bodymetrics. La misura dei corpi. Quaderno Uno || natura | cultura | artificio*. 108-115.
- Butler J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York-London: Routledge.
- Carpenter M. (2016). The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 74-84.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., ... & Monstrey S. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenerism*, 13(4), 165-232.
- Conrad P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conrad P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Crocetti D. (2013a). *L'invisibile intersex: storie di corpi medicalizzati*. Pisa: ETS.
- Crocetti D. (2013b). Genes and Hormones: What Make Up an Individual's Sex. In M. Ah-King (Ed.), *Challenging popular myths of sex, gender and biology* (pp. 23-32). Cham: Springer Science & Business Media.

- Crocetti D., Arfini E.A., Monro S. & Yeadon-Lee T. (2020). "You're basically calling doctors torturer": stakeholder framing issues around naming intersex rights claims as human rights abuses. *Sociology of Health & Illness*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13072>
- Dalla Costa M. (1972). *Potere femminile e sovversione sociale*. Padova: Marsilio.
- Davy Z. (2010). Transsexual agents: Negotiating authenticity and embodiment within the UK's medicolegal system. In S. Hines & T. Sanger (Eds.) *Transgender Identities (Open Access): Towards a Social Analysis of Gender Diversity* (pp. 120-140), New York-London: Routledge.
- Delphy C. (1993). *Rethinking sex and gender*. Women's Studies International Forum. 16(1), 1-9.
- Dreger A.D. (1998). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge: Harvard University Press.
- Drescher J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575.
- Epstein S. (1995). The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437.
- Fausto-Sterling A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling A. (2015). Concept of multiple sexes is not new. *Nature*, 519(7543), 291-291.
- Feder E.K. & Karkazis K. (2008). What's in a name? The controversy over "disorders of sex development". *The Hastings Center Report*, 38(5), 33-36.
- Federici S. (1975). *Wages against housework*. Bristol: Falling Wall Press.
- Feinberg L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Fine C. (2010). *Delusions of gender: How our minds, society, and neurosexism create difference*. WW Norton & Company.
- Garfinkel H. (2000). *Agnese*. Roma: Armando Editore.
- Goffman E. (1977). The arrangement between the sexes. *Theory and society*, 4(3), 301-331.
- Grant J.M., Motter L.A. & Tanis J. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, Washington, DC.
- Haas A.P., Rodgers P.L. & Herman J.L. (2014). Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults. *work*, 50, 59.
- Halberstam J. (2002). *Female masculinity*. Durham: Duke University Press.
- Haraway D.J. (2018). *Manifesto cyborg: donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Hird M.J. (2004). *Sex, gender, and science*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hoffman R.M. & Borders L.D. (2001). Twenty five years after the Bem Sex Role Inventory: A reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 39-55.
- James S., Herman J., Rankin S., Keisling M., Mottet L. & Anafi M.A. (2016). *The report of the 2015 US transgender survey*.

- Jordan-Young R.M. & Karkazis K. (2019). *Testosterone: An Unauthorized Biography*. Cambridge: Harvard University Press.
- Karkazis K. (2008). *Fixing sex: Intersex, medical authority, and lived experience*. Durham: Duke University Press.
- Keller E.F. (1995). Gender and science: Origin, history, and politics. *Osiris*, 10, 26-38.
- Kessler S.J. & McKenna W. (1985). *Gender: an ethnomethodological approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Koehler A., Eyssel J. & Nieder T.O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-) binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102-113.
- Laqueur T.W. (1992). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- MacKinnon K.R. (2018). Pathologising trans people: Exploring the roles of patients and medical personnel. *Theory in Action*, 11(4), 74-96.
- McGuire J.K., Beek T.F., Catalpa J.M. & Steensma T.D. (2019). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 289-304.
- Monro S. (2000). Theorizing transgender diversity: Towards a social model of health. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 33-45.
- Monro S. (2005). *Gender politics: Activism, citizenship and sexual diversity*. London, UK: Pluto Press.
- Nestle J., Howell C. & Wilchins R. (2002). *Genderqueer: Voices from Beyond the Sexual Binary*. New York: Alyson Books.
- Nicholson L. (1994). Interpreting gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 20(1), 79-105.
- Oudshoorn N. (2003). *Beyond the natural body: An archaeology of sex hormones*. New-York-London: Routledge.
- Peck E. (2019) "Women At Ernst & Young Instructed On How To Dress, Act Nicely Around Men", *Huffington Post*, 21 Ottobre 2019.
- Piccone Stella S. & Saraceno C. (1996). *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*. Il Mulino: Bologna.
- Powell T., Shapiro S. & Stein E. (2016). Transgender rights as human rights. *AMA journal of ethics*, 18(11), 1126-1131.
- Preciado B. (2008). *Testo Yonqui*. Barcelona: Espasa Libros.
- Rabeharisoa V. & Callon M. (2002). The involvement of patients' associations in research. *International Social Science Journal*, 54(171), 57-63.
- Reis E. (2009). *Bodies in doubt: An American history of intersex*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Risman B.J. (2006). Il genere come struttura sociale: teoria e attivismo a confronto. *Sociologia e Politiche Sociali*, 3, 13-49.
- Risman B.J. (2009). From doing to undoing: Gender as we know it. *Gender & society*, 23(1), 81-84.
- Rosario V.A. (2009). Quantum sex: Intersex and the molecular deconstruction of sex. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2), 267-284.
- Rose N. (2001). The politics of life itself. *Theory, culture & society*, 18(6), 1-30.

- Rose N. & Novas C. (2008). Biological citizenship. In A. Ong & S.J. Collier (Ed.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439-463). Williston, Blackwell Publishers.
- Roy D. (2018). *Molecular Feminisms: Biology, Becomings, and Life in the Lab*. Seattle: University of Washington Press.
- Rubin G. (1975). The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex. In R.R. Reiter (Ed.), *Toward an Anthropology of Women* (pp. 157-210). New York: Monthly Review Press.
- Serano J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating femininity*. Berkeley, CA: Seal Press, 2007.
- Spade D. (2015). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of law*. Duke University Press.
- Starr C.R. & Zurbriggen E.L. (2017). Sandra Bem's gender schema theory after 34 years: A review of its reach and impact. *Sex Roles*, 76(9-10), 566-578.
- Stone S. (1991) "The 'Empire' Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto," in *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, edited by J. Epstein & K. Straub. New York: Routledge, 280-304.
- Van Anders S.M. (2015). Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1177-1213.
- West C. & Zimmerman D.H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151.
- Wilchins R.A. (1995). What's in a name: The politics of gender speak. *Transgender Tapestry*, 74(46-7).

Che genere di sport? Fare e disfare il genere nelle pratiche sportive

Raffaella Ferrero Camoletto*, Francesca Topini**

Sommario - L'articolo propone l'analisi e la problematizzazione del ruolo dello sport nell'educazione di genere, attraverso un excursus di alcuni autori che si occupano principalmente di sociologia dello sport e di *gender studies*. Rispetto al sesso assegnato alla nascita, in relazione a caratteristiche ormonali, anatomiche e cromosomiche associate ad un sistema binario in cui maschile e femminile si contrappongono, il genere viene concepito come un costruito sociale e una performance, ovvero un modo in cui si impara a fare l'uomo o la donna. La prima parte del lavoro è dedicata alla disamina di come lo sport sia stato per anni terreno privilegiato per la costruzione di una maschilità dominante, improntata ad aggressività, imprenditorialità, leadership, forza e tenacia, valori questi che gli atleti incorporano proprio attraverso la pratica sportiva. Vengono poi esaminate alcune strategie che le donne possono adottare per affrontare e gestire gli ostacoli culturali di genere che incontrano nei loro percorsi sportivi trasformando in questo modo lo sport in un'esperienza di empowerment femminile.

Parole chiave: sport, genere, performance, empowerment, incorporazione, femminilità.

Abstract - Doing sports, undoing gender: dealing with gender issues in sports practice

This article sets out to analyze and problematize sports role in gender education, through the words of certain authors mostly concerned with sociology of sport and gender studies. With respect to the sex assigned at birth, related to hormonal, anatomical and chromosomal characteristics associated with a binary system in which the male and female are opposed, gender is defined as a social construct and as a performance by which we learn how to act as a man or as a woman. The first part of the script explores how sport has been for years a privileged ground for the construction of a dominant masculinity, characterized by aggressiveness, entrepreneurship, leadership, strength and tenacity: values that athletes incorporate precisely through sport practice. We then go on to examine some strategies that women can adopt to address and manage the cultural obstacles of gender that they encounter in their sporting paths thus transforming sport into an experience of female empowerment.

Key words: sport, gender, performance, empowerment, embodiment, femininity.

Introduzione

Donne, e uomini, non si nasce ma si diventa: con questa affermazione tanto semplice quanto profonda Simone de Beauvoir (1999, ed. orig. 1949) richiamava ad una realtà spesso misconosciuta a livello di senso comune: che noi nasciamo come esseri dotati di caratteristiche fisiche-cromosomiche, or-

* Sociologa, Università di Torino.

** Ricercatrice indipendente.



monali, anatomiche – cui è socialmente attribuito un significato all'interno di un sistema di classificazione binario che oppone il maschile al femminile e che organizza la vita sociale sulla base di questo assunto. Il genere passa quindi “attraverso la costruzione del corpo e la naturalizzazione delle differenze” (Sassatelli & Ghigi, 2018, p. 43), che si traduce anche in specifici discorsi e pratiche di gestione del corpo che gli danno forma – e, potremmo aggiungere, anche sostanza – all'interno di attività e spazi socialmente definiti. In particolare, “giocare non è un'attività ugualmente ripartita tra i sessi né organizzata in modo eguale; i bambini hanno più tempo e più spazio per il gioco delle bambine, e ciò si rifletterà su caratteristiche soggettive come la postura, l'audacia, l'ampiezza dei movimenti spontanei. definendo la maschilità incorporata in diversamente dalla femminilità”(ibid.). Le autrici intendono qui evidenziare come a partire dalla prima infanzia e da pratiche apparentemente innocenti come l'invito e l'accesso a un'attività ricreativa possa avere l'effetto di una diversa incorporazione¹ di caratteristiche soggettive legate alla percezione e all'uso del proprio corpo, come appunto il modo di posizionarsi e muoversi nello spazio, così come di altre caratteristiche più legate all'atteggiamento verso il mondo, come il coraggio o l'intraprendenza. Si può in tal senso parlare di una socializzazione di genere spesso implicita per cui le pratiche infantili – di cui il gioco è un esempio tipico – costituiscono un momento fondamentale per l'apprendimento di comportamenti convenzionalmente associati al genere maschile/femminile, la cui adozione e ripetizione contribuisce a “fare il genere”, ovvero a costruire una rappresentazione coerente e continuativa della maschilità o femminilità (Butler, 2013).

Dal gioco allo sport (che ne è una derivazione istituzionalizzata e sistematizzata) il passo è breve. Possiamo difatti vedere lo sport come un “elaboratore pedagogico della crescita” (Ferrante & Sartori, 2011), in quanto l'esperienza sportiva si connota a tutti gli effetti come una forma di educazione. Essendo basata sull'incorporazione di gesti, ancor più che sull'apprendimento delle regole, l'educazione sportiva è essenzialmente pratica e dunque rende lo sport un dispositivo educativo, in grado di disciplinare e controllare i corpi. Ecco quindi che possiamo guardare allo sport come ad un sistema di pratiche in cui si fa il genere, costruendo una differenza che viene incorporata e così naturalizzata nella percezione che ci siano “sport da maschi” e “sport da femmine”.

Analizzando la costruzione di certi modelli di maschilità che gli atleti incorporano attraverso le pratiche sportive e comparando tale insieme con la costruzione di modelli di femminilità che le atlete mettono in atto attraverso strategie molteplici, è obbiettivo dell'articolo suscitare riflessioni sull'ambivalente ruolo dello sport nel riprodurre o sovvertire modelli e ruoli di genere. La prima parte del la-

¹ In ambito socio-antropologico con incorporazione (*embodiment*) si intende quel processo continuo di somatizzazione della cultura, facendola propria ed agendo su di essa attraverso il proprio corpo. Piuttosto che essere una mera entità biologica, il corpo viene dunque plasmato dalle dinamiche sociali, economiche, politiche, storiche nelle quali si trova immerso; al tempo stesso il corpo plasma la realtà che ha intorno, assecondando o contrastando la dimensione socio culturale e in tal senso può divenire uno strumento di resistenza (Pizza, 2005).

voro è dedicata alla disamina di come lo sport sia stato per anni terreno privilegiato per la costruzione di una maschilità dominante, improntata ad aggressività, imprenditività, leadership, forza e tenacia, valori questi che gli atleti incorporano proprio attraverso la pratica sportiva. Vengono poi esaminate alcune strategie che le donne possono adottare per affrontare e gestire gli ostacoli culturali di genere che incontrano nei loro percorsi sportivi trasformando in questo modo lo sport un'esperienza di empowerment femminile.

Lo sport come “riserva maschile”

Lo sport rappresenta un ambito attraverso cui tendono a prodursi e riprodursi le aspettative sociali di genere attraverso la centralità che in esso assume il corpo: tramite l'esercizio fisico si incorporano sia i significati che i valori socialmente dominanti intorno all'essere uomini e donne (Bifulco & Tuselli, 2017).

Per lungo tempo lo sport è stato un ambito di pratiche accessibile solamente agli uomini: questo ha fatto sì che lo sport si configurasse come uno spazio tipicamente omosociale, al cui interno cioè partecipano soggetti simili tra loro per qualche caratteristica ascrivita, in questo caso il loro sesso alla nascita. Come spazio esclusivamente al maschile, in cui si rafforzano le relazioni tra uomini e le performance di fronte ad altri uomini, lo sport costituisce quindi una “riserva maschile” intesa come palcoscenico in cui poter dimostrare e vedere confermata e riconosciuta la propria virilità, in un gioco tra uomini (Dunning, 1986).

Al tempo stesso però, come vedremo, lo sport può da un lato promuovere una conferma delle relazioni di genere nel loro essere socialmente strutturate all'interno di un più generale ordine di genere²; ma dall'altro lato esso può anche rendere possibile l'apertura di spazi che rendono possibile rinegoziare le costruzioni di genere dominanti e smarcarsi da esse. Nel caso che esamineremo successivamente, ovvero la costruzione della femminilità attraverso lo sport, vedremo alcuni esempi di adozione di pratiche di manipolazione delle relazioni tra i modelli culturali di maschilità e femminilità. Si fa riferimento qui al concetto di *gender maneuvering*, coniato da Mimi Schippers (2002) per spiegare come sessualità e genere vengano negoziati e cambino di continuo le caratteristiche delle relazioni sociali. Questo processo agisce sia a livello di pratica collettiva che tenta di modificare modelli culturali più generali sia come strategia individuale di resistenza ai ruoli di genere socialmente imposti.

In campo sportivo noi vediamo una differenziazione di genere riprodotto nella modalità di classificazione delle diverse discipline e pratiche che non solo distin-

² L'ordine di genere è definito da Connell come un ambito organizzato di pratiche umane e relazioni sociali, le quali danno forma ai concetti di maschilità e femminilità. Si compone di tre aspetti: il lavoro (ovvero la divisione sessuale delle attività domestiche e professionali), il potere (le relazioni basate su autorità, violenza e ideologia) e la catessi (i rapporti intimi, affettivi ed emozionali). È un concetto utile per spiegare il funzionamento organico di uno specifico contesto sociale, poiché, a seconda di come questi tre elementi interagiscono, verrà a crearsi uno specifico ordine di genere (Connell, 1996).

gue sport considerati più maschili o più femminili (ovvero ritenuti più adatti alla partecipazione maschile o femminile), ma distingue anche uomini e donne in categorie sportive che gareggiano in modo distinto, potendo competere solo con altri soggetti assegnati allo stesso genere. Questa costruzione dello sport fortemente differenziata per genere è adottata sia dalle organizzazioni sportive che come nell'immaginario comune.

Per comprendere come tale differenziazione per genere dello sport abbia un significato ben più ampio di quello meramente relativo all'organizzazione delle attività sportive, possiamo citare il recente dibattito, riportato nelle rubriche sportive dei principali quotidiani nazionali, generato dall'infelice dichiarazione del direttore sportivo della A.S Roma calcio, Gianluca Petrachi, al seguito di un match in cui una decisione arbitrale relativa ad uno scontro tra giocatori aveva condotto all'annullamento di un goal:

“Ho fatto riferimento alla situazione che... Se dovessero rivedere la situazione di questo gol che ci hanno annullato in Inghilterra si metterebbe a ridere tutto il Regno Unito perché sinceramente io ho detto semplicemente che il calcio è un gioco maschio, non è un gioco di ballerine, altrimenti andiamo tutti quanti... Ci mettiamo tutti il tuppino e ci mettiamo le scarpine da danza classica andiamo tutti a fare danza classica. Il gioco del calcio è un gioco anche maschio, di questi contatti ce ne sono milioni”³.

Il calcio dunque come sport maschio perché caratterizzato da contatti fisici forti e dalla capacità dei giocatori di reggerli, contrapposto alla danza che è da ballerine, ovvero “da femmine” che si mettono il “tuppino” e le “scarpette”. Lo sport è quindi un luogo di incorporazione e celebrazione dei valori di una maschilità dominante improntata ad aggressività, imprenditività, leadership, forza, tenacia. Al contrario, gli sport adatti alle donne sarebbero caratterizzati dalla valorizzazione di qualità ritenute femminili come “eleganza, grazia, agilità, armonia ed elasticità” (Bifulco & Tuselli, 2017, p. 262).

Lo sport è dunque la più maschile delle istituzioni sociali, creata “dagli uomini per gli uomini”. Infatti, “l'organizzazione istituzionale dello sport colloca in profondità relazioni sociali definite: competizione ed ordine gerarchico tra gli uomini, esclusione o dominazione sulle donne. Queste relazioni sociali di genere vengono realizzate e simboleggiate durante le prestazioni corporee” (Connell, 1995, p.54). Se tra i tratti tipici dell'educazione maschile vi sono la capacità di reprimere determinate emozioni, percepite come segno di debolezza, e la costruzione e mantenimento di un corpo il più abile, efficace e forte possibile, lo sport costituisce lo strumento ideale per il perseguimento di tali obiettivi.

Il regime di allenamento mentale, psichico emotivo e fisico, fondamentale per diventare un buon atleta, incoraggia gli uomini sportivi ad ignorare paure, ansie e tutto quell'universo emozionale che potrebbe risultare sconveniente ai fini del

³ Intervista a Gianluca Petrachi del 19/10/2019, tramite il canale video del Corriere della Sera <https://video.corriere.it/sport/petrachi-calcio-gioco-maschio-non-ballerine/ac96a7c0-e8da-11e9-a351-0f862d63c352>

risultato, mentre il controllo del corpo è fondamentale. La vittoria decisiva è sul proprio corpo e su sé stessi: l'uso del corpo come mezzo e come arma può portare l'atleta ad alienarsi dai suoi sentimenti, dalle possibili relazioni con altri e anche dalla sua salute.

In linea con quanto sinora affermato, un altro aspetto delle maschilità sportive in relazione al corpo è quello che Messner & Sabo (1994) definiscono “il principio del dolore” (*the pain principle*) scaturente dal sistema sportivo, che è un sistema autoritario di controllo, e insegna agli atleti a rispondere a “prendere” (*take*): “[...] a prendere ordini, a eliminare (*take out*) gli avversari, a prendere sul serio la partita, a prendere le donne, a prendere il proprio posto nella squadra. E se non ce la fanno, allora le ricompense del cameratismo atletico, del prestigio, delle borse di studio, dei contratti da professionista e del riconoscimento della comunità non arrivano”⁴. (Messner & Sabo, 1994, p. 87). È questo stesso sistema che insegna agli atleti ad ignorare le richieste del corpo, le sue sofferenze, le lesioni: giocare duro, sopportando il dolore, è il modo in cui si dimostra al gruppo la propria virilità, conquistando così il proprio posto nella squadra, allontanando possibili canzonamenti come “frocio” o “femminuccia”, demaschilizzanti e lesivi per la propria identità. Ricordiamo il famoso motto “*no pain, no gain*”, paradigmatico di orientamenti strumentali agli obiettivi, a cui ragazzi e uomini vengono socializzati attraverso lo sport. I corpi sportivi maschili non sono altro che la versione amplificata di quella più generale costruzione del corpo a cui tutti gli uomini sono incoraggiati, corpi che fanno o che sono pronti a fare, mai corpi che subiscono.

Il diffondersi dei *men's studies*⁵ ha aperto notevoli dibattiti su cosa vuol dire essere uomini nel mondo contemporaneo, prospettando l'esistenza di molteplici forme di maschilità, in primis quella che viene definita maschilità egemonica (Connell, 1996), una maschilità minoritaria (nel senso che solo pochi uomini la mettono in atto in tutti i suoi aspetti) ma nonostante ciò normativa, in quanto tutti gli uomini si posizionano in relazione ad essa e devono farci i conti. Essa è il tipo di maschilità dominante in un dato modello di rapporti fra i generi, in un dato momento, ossia in una posizione contestabile continuamente. Questo prevede la possibilità di crisi nell'ordine di genere e cambiamenti nelle gerarchie maschili, permettendo il delinearsi di maschilità definite di volta in volta complici, ibride, inclusive.

Lo sport come esperienza di empowerment femminile?

L'entrata delle donne nella “riserva maschile”⁶ ha avuto il potere di sfidare e sovvertire i significati dominanti di maschilità e femminilità. I *gender studies* han-

⁴ In originale: “to take orders, to “take out” opponents, to take the game seriously, to take women, and to take their place on the team. And if they can't take it, then the reward of athletic camaraderie, prestige, scholarships, pro contracts and community recognition are not forthcoming”.

⁵ Branca di studi interdisciplinari sviluppatasi in paesi di area anglofona a partire dagli anni Settanta del XX secolo che analizza la maschilità in vari ambiti sociali.

⁶ Si fa qui riferimento all'espressione “*male preserve*”, ovvero riserva o predominio maschile, utilizzata da Eric Dunning (1986).

no infatti evidenziato non solo l'esistenza di molteplici maschilità, ma anche di variegata forme di femminilità, e lo sport è un ottimo terreno su cui poterle notare. La presenza di atlete abili e forti, che rivendicano un uguale riconoscimento ed un pari accesso alle risorse, è una tendenza destabilizzante per l'attuale ordine di genere all'interno dello sport e anche al suo esterno, nella società più in generale.

Possiamo richiamare due possibili strategie che le donne possono adottare per affrontare e gestire gli ostacoli culturali di genere che incontrano nei loro percorsi sportivi (Dworkin & Messner, 2002): la *resistant agency*, che riguarda quelle modalità di azione volte a costruire o trasformare delle istituzioni, e la *reproductive agency*, secondo cui le donne si inseriscono all'interno di relazioni di potere e collocano i propri corpi e le proprie azioni entro un ordine strutturale di genere che continua però a mantenerle in posizione subordinata.

Il caso dello *snowboarding* e dello *skydiving*, analizzato da Laurendau e Sharara (2008), offre degli elementi utili alla nostra riflessione sulla tensione tra riproduzione e resistenza: le autrici infatti individuano tre forme di strategie di riproduzione delle identità e delle relazioni di genere dominanti, l'evitamento, la minimizzazione e l'evidenziazione dei vantaggi rispetto agli svantaggi. Queste strategie possono essere ritrovate in molte altre pratiche sportive concepite come più maschili. Ad esempio, tra le skateboarders molte scelgono direttamente di evitare alcuni luoghi o alcune discipline della pratica (*terrain park*, *street-skateboarding*) perché provano disagio sentendosi additate come incapaci, venendo così banalizzate e marginalizzate. Un'altra tendenza è quella a sminuire le differenze corporee e di socializzazione, affermando che "il genere non c'entra" e che le donne hanno lo stesso potenziale degli uomini nello sport. Nella pratica, quest'idea porta a cercare di mescolarsi sempre di più con il maschile, in modo da non essere marcate in quanto donne che praticano sport, ma solo in quanto persone che, attraverso gli allenamenti, il sacrificio e l'impegno costante, possono raggiungere dei buoni risultati sportivi. In quest'ottica, l'adozione di un abbigliamento sportivo più *gender-neutral* o più connotato al maschile – come le t-shirt taglia XL e i pantaloni con il cavallo basso nello skate – permette più facilmente di minimizzare le differenze ed evitare di essere sessualizzate, ovvero ridurre il rischio di essere identificate come corpi sessuati di donne più che come atlete⁷. Un'ultima modalità di riproduzione dell'ordine di genere esistente è quella di riconoscere il fatto di venire trattate diversamente in quanto donne, mettendone però in evidenza i vantaggi: ad esempio, nello *skydiving* alcune intervistate considerano il fatto di essere una donna sessualmente attraente come uno strumento per ottenere insegnamenti gratuiti o più approfonditi da parte degli uomini, una strategia simile a quella dell'adozione di un abbigliamento sportivo sessualizzante per attirare maggiormente lo sguardo degli spettatori.

Una forma di *resistant-agency* invece è esemplificata dalla creazione di spazi

⁷ Con sessualizzazione si fa riferimento all'attribuzione di connotazioni sessuali a persone o a situazioni; è un fenomeno che spesso si accompagna all'oggettificazione sessuale del corpo. La sessualizzazione nello sport può ad esempio avvenire quando una divisa viene giudicata seducente o quando dei giornalisti sportivi fanno commenti sulle caratteristiche estetiche degli e delle atlete, piuttosto che sulle loro performance.

all-girl, come nel caso di circuiti di pratica e di competizione per sole donne esaminati da Atencio, Beal e Wilson nella loro ricerca sullo *skateboarding* (2009); questi sono visti in modo molto positivo dalle partecipanti, in quanto offrono un *safe space* per adottare pratiche alternative e permettere l'affermarsi di modelli di femminilità che si distanziano da quelli convenzionali, che relegano le donne a spettatrici o prede/trofei dei praticanti maschi. È a questo proposito che Backstrom (2013) riprende il concetto di *gender manoeuvring* di Schippers (2002) per applicarlo alla scena skate svedese, in cui le *skater-girls* costruiscono differenti possibili modalità di partecipazione legittima alla scena skate: la modalità *tomboy* (masciaccio), che prevede il diventare “*one of the boys*” per essere pienamente accettata come skater competente, al prezzo di riconoscersi e valutarsi attraverso criteri di validazione maschili e di distanziarsi dalle altre ragazze ritenute non adeguate; la modalità *bitch*, con cui si assume la costruzione di una femminilità che rifiuta le qualità convenzionalmente attribuite alla donna come la sensibilità, il senso materno, ecc., proponendo un modello corporeo femminile forte e avvalendosi dello sport come strumento cardine per costruirlo; e la modalità *lesbian*, attraverso cui viene rivendicata una soggettività femminile che, sul piano sportivo come su quello sessuale, sfida lo sguardo maschile.

Un altro esempio di *resistant agency* può essere rappresentato da pratiche sportive emergenti e ancora poco note al grande pubblico, come il *roller derby*⁸, in cui le atlete spesso rivendicano e costruiscono femminilità alternative che mettono in discussione le forme di femminilità convenzionale e le relazioni di genere all'interno di cui tali modelli sono collocate: esse infatti vanno oltre la mera pratica di “femminilizzare” valori e caratteristiche tipiche dello sport al maschile, come l'aggressività, l'audacia, la forza e la resistenza, sino a costruire dei contromodelli come quello della “cattiva ragazza” e della “punk ribelle” che, anche a livello estetico, incorpora tratti dissonanti (come il tingersi i capelli di colori scuri o fortemente artificiali quali il blu o i viola), rispetto alla figura della classica “brava ragazza” americana, bionda e in ordine (Finley 2010).

In modo simile, Caudwell (2006), nella sua ricerca all'interno di alcuni club britannici in cui le calciatrici erano apertamente omosessuali, ipotizza che si possano interpretare le squadre di calcio femminile apertamente lesbiche come un luogo di resistenza e di sfida all'eterosessualità obbligatoria, un contesto protetto in cui potersi esprimere senza finzioni e maschere e dove anche poter provare attrazione verso altre giocatrici. Al tempo stesso però Caudwell vede anche la possibilità, opposta all'ipotesi precedente, che le comunità di giocatrici lesbiche rinforzino i valori e le dinamiche di una cultura eteronormativa⁹, grazie a quello che

⁸ Il roller derby è uno sport di contatto sui pattini a rotelle (*quad*), in cui due squadre di pattinatori a rotelle si affrontano su una pista ellittica (*track*) in una gara di velocità, tecnica e strategia. Questo sport nasce come prevalentemente femminile negli USA e da lì si diffonde in tutta Europa. Attualmente è uno degli sport in maggiore crescita a livello globale. Fonte: https://it.wikipedia.org/wiki/Roller_derby

⁹ Con eteronormatività si intende la naturalizzazione dei tradizionali ruoli di genere che rinforzano la dicotomia maschile/femminile e dell'eterosessualità, quale unica “vera” espressione delle relazioni sessuali e sentimentali.

l'autrice definisce come *femme-mininity* (o meglio al plurale *femme-mininities*), ovvero i modi di performare la femminilità, da parte di lesbiche, alternativi e antitetici alla maschilità femminile tipica delle lesbiche *butch*¹⁰ o *tomboy*.

Occorre anche prestare attenzione alle forme di riproduzione dell'ordine di genere sotto nuove spoglie. Come abbiamo già visto, un caso esemplare è rappresentato delle modalità con cui i corpi sportivi sono vestiti: si registra infatti un crescente interesse dell'industria dell'abbigliamento e dell'attrezzatura sportiva per la pratica femminile, che mette in scena la figura della donna atleta come soggetto indipendente, libero ed empowered. È la retorica neoliberista che incita le donne a "farlo e basta", come recita lo slogan di un noto brand "Just do it!", neutralizzando le spinte ad una mobilitazione collettiva e ad una trasformazione delle relazioni di potere in una logica di autoaffermazione individuale (Laurendau & Sharara, 2008). In quest'ottica si può leggere il successo, in termini di visibilità mediatica, ottenuto da alcune discipline sportive come la pallavolo femminile anche grazie all'adozione di divise sportive aderenti che, se da un lato supportano le caratteristiche tecniche delle atlete, al tempo stesso ne enfatizzano in maniera sessualizzata i corpi. In questo modo le giocatrici conquistano una visibilità pubblica e un riconoscimento sociale, ma tale risultato è ottenuto al prezzo di riprodurre alcuni aspetti della costruzione convenzionale della femminilità, che ne sottolinea i tratti della seduzione e della sensualità.

Conclusioni

Al termine di questo breve excursus, appare evidente la difficoltà di scegliere tra l'interpretare lo sport come un ambito di riproduzione e rafforzamento dell'ordine di genere o come uno spazio in cui possono essere attuate pratiche di resistenza che cercano di sovvertire o riformulare il dispositivo sportivo. Come afferma Messner (1990), gli sport organizzati sono delle *gendered institutions*, ovvero delle istituzioni costruite attraverso delle relazioni di genere che, come tali, riflettono nelle proprie strutture i valori e le concezioni dominanti di maschilità e femminilità, nonché le relazioni tra i due generi. Allo stesso tempo, però, gli sport organizzati sono anche delle *gendering institutions*, delle istituzioni che contribuiscono alla costruzione del genere, e che sono quindi parte del processo stesso attraverso cui i modelli di genere sono prodotti, e possono pertanto anche essere negoziati e trasformati.

Quindi, se da un lato ciò significa che esse cooperano al mantenimento del vigente ordine di genere, non va però dimenticato che all'interno del mondo sportivo sono presenti una pluralità di discorsi, anche contrastanti fra loro, che lasciano intravedere delle possibilità di cambiamento e di sovversione delle narrazioni dominanti. A partire dalle riflessioni precedenti, possiamo connotare lo sport come un dispositivo di costruzione del genere, in quanto strumento privilegiato di ad-

¹⁰ La *butch* è una donna lesbica che assume atteggiamenti e ha uno stile di abbigliamento tendente a quello socialmente identificato come maschile.

domesticamento ed educazione del corpo, rivelando al tempo stesso che proprio lo sport non è un'istituzione immutabile, ma anzi è un'arena in cui le norme e le modalità di costruzione ed espressione del genere possono essere contrattate e rimodulate. Così come lo sport può contribuire a rafforzare determinate forme di maschilità e femminilità dominanti e normative, esso può anche permettere lo sviluppo di espressioni di genere differenti dalla norma, prendendo la forma, oltre a quella già prevista di “campo di gioco”, di un vero e proprio “campo di battaglia” in cui è possibile fare e disfare il genere.

Bibliografia

- Atencio M., Beal B. & Wilson C. (2009). The distinction of risk: Urban skateboarding, street habitus and the construction of hierarchical gender relations. *Qualitative research in sport and exercise*, 1(1), 3-20.
- Bäckström Å. (2013). Gender manoeuvring in Swedish skateboarding: Negotiations of femininities and the hierarchical gender structure. *Young*, 21(1), 29-53.
- Bifulco L., Tuselli A. (2017). Corpi sportivi e identità di genere. Il Crossfit. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, (17), 254-282.
- Butler J. (2013). *Questione di genere: il femminismo e la sovversione dell'identità*. Bari, Laterza.
- Caudwell J. (2006). Women playing football at clubs in England with socio-political associations. *Soccer & Society*, 7(4), 423-438.
- Connell R.W. (1996). *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*. Milano: Feltrinelli.
- De Beauvoir S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. Paris, Gallimard (trad. it. *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano, 2008).
- Dunning E. (1986). Sport as a male preserve: notes on the social sources of masculine identity and its transformations. *Theory, Culture and Society*, 3(1): 79-91.
- Dworkin S.L. & Messner M.A. (2002). Introduction: Gender relations and sport. *Sociological Perspectives*, 45(4), 347-352.
- Ferrante A. & Sartori D. (2011). Per un'analisi del dispositivo strutturale dell'educazione sportiva. *CQIA Rivista*, 54-65.
- Finley N.J. (2010). Skating femininity: Gender maneuvering in women's roller derby. *Journal of contemporary ethnography*, 39(4), 359-387.
- Laurendeau J. & Sharara N. (2008). “Women could be every bit as good as guys” reproductive and resistant agency in two “action” sports. *Journal of Sport and Social Issues*, 32(1), 24-47.
- Messner M. (1990). Boyhood, organized sports, and the construction of masculinities. *Journal of Contemporary Ethnography*, 18(4), 416-444.
- Messner M.A. & Sabo D.F. (1994). *Sex, violence & power in sports: Rethinking masculinity*. Freedom, CA: The Crossing Press.
- Pizza G., (2005). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma, Carocci.
- Sassatelli R., Ghigi R. (2018). *Corpo, genere e società*. Bologna, Il Mulino.
- Schippers M. (2002), *Rockin' Out of the Box: Gender Maneuvering in Alternative Hard Rock*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Wheaton B. & Tomlinson A. (1998). The changing gender order in sport? The case of windsurfing subcultures. *Journal of sport and social issues*, 22(3), 252-274.

“Identità transgender: Cammini verso la depatologizzazione”

Paolo Valerio*, Cristiano Scandurra**,
Roberto Vitelli***, Fabrizio Mezza****

Sommario - La rimozione della disforia di genere dal novero dei disturbi psichiatrici, sancita con la recente pubblicazione dell'ICD-11, segna il compimento di un passo decisivo della comunità scientifica e della civiltà tutta verso una società inclusiva, permeata dalla cultura delle differenze. Il pieno riconoscimento di quelle identità che si discostano da comportamenti ed espressioni ricalcanti il binarismo di genere è l'esito di un lungo e controverso processo storico, politico e culturale, che ha visto le persone *transgender e gender nonconforming* (TGNC) vittime di stigmatizzazioni e violenze, acute ed avallate dall'esistenza stessa di un'etichetta diagnostica volta a definirne la condizione. Il presente contributo presenta una ricostruzione del processo di medicalizzazione e della successiva de-medicalizzazione della popolazione TGNC, ripercorrendone la storia della classificazione diagnostica. Si discuteranno i passaggi epistemologici e teorici che hanno definito nel tempo il predominare di diversi modelli di lettura del fenomeno. Si esamineranno, inoltre, i principali mutamenti terminologici e tassonomici delle classificazioni prodotte dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e dalla *International Classification of Diseases* (ICD), fino ai più recenti sviluppi, che hanno decretato la definitiva derubricazione delle varianze di genere dal novero dei disturbi mentali.

Parole chiave: *transgenderismo, psichiatria, diagnosi, depatologizzazione, stigma.*

Abstract - “Transgender identities: Paths towards depathologization”

The current work presents a reconstruction of the medicalization process and the subsequent de-medicalization of the transgender and gender nonconforming (TGNC) population, drawing the history of the diagnostic classification. The epistemological and theoretical transitions that have defined over time the predominance of different models through which reading the phenomenon will be discussed. We will also examine the main terminological and taxonomic changes in the classifications produced by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and by the International Classification of Diseases (ICD), up to the most recent developments, which sanctioned the definitive derubrication of the gender variances from the list of mental disorders.

Key words: *transgenderism, psychiatry, diagnosis, depathologization, stigma.*

Introduzione

La concezione del transgenderismo come disturbo mentale, imperante nelle scienze psichiatriche durante il secolo scorso, ha fatto per decenni da sfondo culturale ad uno scenario di violenze, prevaricazioni e oppressioni perpetrate a

* *Professore Onorario di Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II.*

** *Ricercatore di Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II.*

*** *Ricercatore di Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli Federico II.*

**** *Borsista di Ricerca, Centro di Ateneo SInAPSi, Università degli Studi di Napoli Federico II.*

danno delle persone *transgender* e *gender nonconforming*¹ (TGNC) (Robles García, *et al.*, 2016).

L’esistenza di una diagnosi psichiatrica ha favorito infatti il perdurare di un atteggiamento di intolleranza nei confronti delle varianze di genere, contribuendo al consolidamento di quelle condizioni di vulnerabilità e precarietà sanitaria, sociale e giuridica a cui ancora oggi le persone TGNC sono fortemente esposte (Drescher, 2009; Institute of Medicine [IOM], 2011).

Le categorie nosografiche elaborate a partire dalla seconda metà del XIX secolo per classificare qualunque deviazione dalle definizioni culturali di genere e di normalità sessuale rivelano allo sguardo contemporaneo non solo un’inaccuratezza concettuale, ma anche un insufficiente valore descrittivo rispetto all’ampio spettro declinativo delle identità ed espressioni di genere, da sempre testimoniato nella storia e oggi riconosciuto dalla comunità scientifica (Vitelli, *et al.*, 2017).

Il presente contributo presenta una breve ricostruzione del processo di medicalizzazione e successiva de-medicalizzazione della popolazione TGNC, ripercorrendone la storia della classificazione diagnostica. Verranno discussi i passaggi epistemologici e teoretici che hanno definito nel tempo il predominare di diversi modelli di lettura del fenomeno. Inoltre, saranno brevemente esaminati i principali mutamenti terminologici e tassonomici delle classificazioni prodotte dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e dalla *International Classification of Diseases* (ICD), fino ai più recenti sviluppi, che hanno sancito la definitiva derubricazione delle varianze di genere dal novero dei disturbi mentali. Si delinea così un nuovo orizzonte scientifico-culturale, teso a gettare le basi per una società pienamente inclusiva, rispettosa della soggettività e libertà di espressione di ciascuno.

Il transgenderismo da disturbo a differenza

È possibile oggi osservare come una rigida lettura dicotomica dei generi orientasse teorici e psichiatri dell’800 nell’osservazione della non conformità di genere, inducendoli a sovrapporre quelle che oggi riconosciamo essere dimensioni identitarie differenti, quali il sesso biologico, l’identità di genere, il ruolo di genere e l’orientamento sessuale (Lingiardi & Nardelli, 2013). Persone non eterosessuali, transgender, cross-dresser e intersessuali venivano catalogate scientificamente in un insieme omogeneo, che vedeva giustapposte esperienze e vissuti identitari sensibilmente differenti (Graglia, 2012).

Questa confusione concettuale è rintracciabile già nella nozione di “terzo genere”, che il giurista tedesco Ulrichs nella seconda metà dell’800 attribuiva alle persone omosessuali, nel cui *virili corpore* era intrappolata un’*anima muliebris*

¹ In accordo con l’*American Psychological Association* (2015), utilizziamo l’espressione *transgender* e *gender nonconforming* per indicare, nel modo più ampio e inclusivo possibile, tutte le persone la cui identità di genere si differenzia, a livelli diversi, dal genere assegnato loro alla nascita in base al sesso biologico.

(Herdt, 1994; Bullough, 1979; Kennedy, 1997). Oppure nella *conträre sexuellempfindung* (“sensibilità sessuale invertita”) descritta dallo psichiatra Carl Westphal (1870), che presentava in questi termini alla comunità scientifica la storia di quello che oggi identificheremmo come giovane female-to-male (FtM), a proprio agio in un abbigliamento maschile e attratto dalle donne, nonostante il genere femminile assegnato alla nascita.

Il processo di medicalizzazione della non conformità di genere, così come degli orientamenti non eterosessuali, prende il via con l’opera sistematica di Richard von Krafft-Ebing, professore di psichiatria all’Università di Vienna. Il suo *Psychopathia Sexualis* (1886), a partire da testimonianze biografiche, si propone come primo tentativo di inquadramento tassonomico delle forme aberranti di sessualità, secondo l’assunto che qualsiasi deviazione dal rapporto eterosessuale a fini procreativi sia indice di un profondo disturbo psicofisico. Due delle biografie riportate nell’opera riguardano casi di transessualismo maschile, condizione che lo psicopatologo tedesco ascriveva alla categoria diagnostica del delirio, sotto il nome di *metamorfosi sessuale paranoica* (Krafft-Ebing, 1886; Vitelli & Giusti, 2012). La posizione teorica di Krafft-Ebing, inserita nel solco dei modelli darwiniani e positivisti dell’epoca, pone così le identità TGNC e l’omosessualità all’attenzione medica, collocandole nel novero delle patologie mentali (Davidson, 2001; Foucault, 1976).

Il proliferare di lavori scientifici, che prende avvio nell’epoca di “incitazione ai discorsi” sul sesso (Foucault, 1976), apre a nuove prospettive sulla sessualità e contribuisce al superamento della visione moralistica dell’omosessualità. Da oggetto di regolazione religiosa, questa diventa campo d’indagine scientifica, in particolare della medicina e della psicologia, in quanto condizione morbosa innata (Oosterius, 2012).

D’altro canto, i modelli teorici elaborati in questo periodo esprimono il tentativo della psichiatria ottocentesca di ricondurre ad un universo conosciuto un fenomeno, quello delle minoranze sessuali e di genere, che tendeva ad alterare un ordine simbolico, mettendo in crisi la struttura della complementarità dei sessi e del pensiero binario (Graglia, 2012).

La prima demarcazione concettuale tra orientamento sessuale e identità di genere viene posta, seppur non adoperando questi termini, dal medico sessuologo tedesco Magnus Hirschfeld. Fondatore del primo gruppo di movimento omosessuale, Hirschfeld coniò il termine *Transvestitismus* per indicare il desiderio di abbigliarsi, vivere ed essere riconosciuto come una persona di un genere diverso da quello assegnato alla nascita. Fenomeno, questo, che viene finalmente distinto dalla preferenza sessuale rivolta a persone del proprio sesso. In *Die Transvestiten* (1910), tuttavia, entrambe le condizioni sono collocate, sul piano nosografico, nello *stadio sessuale intermedio*, ovvero nel mezzo di una scala ai cui due estremi vi sono una “donna femminile eterosessuale” ed un “uomo virile eterosessuale”.

Hirschfeld coglie un aspetto cruciale del vissuto transgender: il soggetto è ben consapevole di non appartenere al genere opposto, del quale ciononostante è spin-

to ad assumere le sembianze. Ed è questa certezza, fonte di frustrazione, foriera di depressione o stati d’ansia, a mantenere tali individui in una condizione non paranoica e, dunque, intrinsecamente non patologica.

Il travestitismo viene proposto, in quest’ottica, come fenomeno del tutto naturale, sebbene ancora poco conosciuto, e l’identità di genere come aspetto unico e peculiare del singolo individuo, che si costruisce indipendentemente da fattori esterni, dal sesso biologico e dall’orientamento sessuale.

Nel 1919 Hirschfeld fondò a Berlino l’*Institut für Sexualwissenschaft* (Istituto di Scienza Sessuale), dedito alla promozione della ricerca scientifica sulla sessualità, e all’erogazione di servizi medici e consultivi. È degno di nota che lo stesso medico tedesco condusse personalmente, nel 1931, un intervento chirurgico di cambiamento di sesso sul pittore danese Einar Wegner (Hoyer, 1933).

Si nota come gli studi di Hirschfeld, empiricamente fondati, rappresentino uno spiraglio di apertura della ricerca scientifica al riconoscimento della varietà della sessualità umana. Non è un caso che gran parte della sua opera non sopravvisse all’avvento del nazismo: nel 1933 l’istituto fu distrutto e il corpus di ricerche prodotto arso pubblicamente al fuoco.

Ulteriore apporto viene offerto da Hirschfeld sul piano linguistico, con l’introduzione del termine “geschlechts ubergänge”, che verrà tradotto nell’inglese “transsexual” nella prima trasposizione di *Die Transvestiten* in lingua anglofona, del 1991.

La paternità del termine “transsessualismo” è tuttavia comunemente attribuita al medico statunitense David O. Cauldwell (1949) che, in *Sexology Magazine*, si occupò del caso di una ragazza tormentata dal desiderio ossessivo di essere un uomo. Tale condizione fu definita *psychopathia transexualis*, riferendosi con un gioco di parole al testo di Krafft-Ebing pubblicato oltre un sessantennio prima, *Psychopathia Sexualis* (1886). Pur avendo dato un contributo decisivo alla diffusione di conoscenze sulle persone transessuali – *Sexology Magazine* era una rivista prettamente divulgativa – Cauldwell non viene annoverato tra i promotori di un’ottica depatologizzante del transgenderismo. Egli si espresse negativamente in merito all’intervento chirurgico di riassegnazione del genere (RCG), ritenendo un atto criminale quello di mutilare organi perfettamente funzionanti, e scoraggiò la normalizzazione di questi soggetti che egli riteneva psichicamente non sani (Caldwell, 1949).

Ma è solo qualche anno più tardi che la definizione di “transsessualismo” guadagna definitivamente il suo posto nella storia della scienza. Nel 1953, sull’*International Journal of Sexology*, il sessuologo ed endocrinologo tedesco Harry Benjamin pubblica “Tranvestitism and Transsexualism”. Tracciando la fondamentale distinzione fra queste due entità, Benjamin riconosce la specificità dell’esperienza transessuale nel desiderio di intervenire chirurgicamente sul proprio corpo, non essendo sufficiente il solo abbigliamento ad alleviare la dolorosa percezione di una non corrispondenza tra corpo e genere. Il transsessualismo viene così ad acquisire un’autonoma esistenza e dignità nosografica.

Influenzato dalla vicenda di Christine Jorgensen, donna male-to-female (MtF) passata alla storia come primo caso di intervento di RCG, e sulla scia dello scalpore mediatico che vi seguì (Vitelli, *et al.*, 2006), Benjamin (1966) pubblica il trattato *Il Fenomeno Transessuale*, che mette a punto la transizione medico-chirurgica verso l'altro sesso come possibilità terapeutica rispondente all'esigenza di esteriorizzare la propria identità, ossia "di essere ed operare come membri del sesso opposto".

Il trattamento moderno delle persone TGNC è stato elaborato proprio sulla base della concezione che, da Benjamin in poi, legittima e istituisce la possibilità di alterare il proprio corpo per adeguarlo alle proprie esperienze interne (Santoni, 2009). Ed è da Benjamin che prende il nome la prima associazione internazionale che formalizza la presa in carico dell'utente transessuale da parte dell'istituzione medico-ospedaliera. Fondata nel 1979, la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* formalizza gli standard di cura, stabilendo criteri di ammissibilità e procedure terapeutiche attraverso le quali si può avere accesso al trattamento ormonale e alla RCG.

Ancora oggi l'associazione, che nel frattempo ha cambiato il nome in *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), studia i criteri per valutare l'idoneità di una persona TGNC per il percorso medico-chirurgico, aggiornandoli continuamente in base ai risultati delle nuove ricerche in campo medico e psichiatrico.

Altro passaggio cruciale avviene negli anni '60 con l'opera di Robert Stoller. È lo psicoanalista statunitense a fondare il paradigma attualmente più accreditato nella descrizione delle determinanti dell'identità sessuale. L'opera pionieristica *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity* (Stoller, 1968) introduce la distinzione tra "sesso", ovvero gli elementi maschili e femminili che appartengono al corpo anatomico e biologico, e il "genere", riferito alla dimensione sociale e culturale del sesso. L'anello di congiunzione fra sesso e genere è, appunto, l'identità di genere, che corrisponde alla relazione fra patrimonio fenotipico e autoconsapevolezza di sé come esseri in corpi sessuati. L'identità di genere, dunque, va intesa come senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un sesso e non ad un altro (Stoller, 1968).

Il concetto innovativo di identità di genere, se da un lato diede l'avvio ad una serie di contributi psicoanalitici di matrice eziopatogenetica, mirati a comprendere le cause di una condizione considerata patologica (per es., Lacan, 1958; Oppenheimer, 1992; Ovesey & Person, 1983; Quinodoz, 1998), dall'altro apriva la strada a prospettive teoriche innovative che gettavano una nuova luce sull'esperienza TGNC.

Tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, inizia ad affermarsi la possibilità di un cambiamento di "genere", che non attiene unicamente alla modificazione/riassegnazione del "sesso" e dunque del corpo materiale, ma che riguarda l'espressione del genere per come questo è percepito nel vissuto identitario del soggetto (Valerio, Fazzari & Chirre, 2018).

Le persone *transgender* – termine la cui introduzione viene attribuita all’attivista Virginia Prince (Valentine 2007) – non sempre scelgono di intraprendere interventi chirurgici finalizzati alla costruzione di una coerenza fra sesso biologico e genere, ma possono piuttosto permanere nell’ambiguità, mantenendo corpi maschili in espressioni femminili e viceversa. Esse propongono, in tal modo, una nuova cornice di significato, che rompe la coerenza e linearità fra sesso biologico, identità di genere e orientamento sessuale, sfidando il pregiudizio che tale coerenza sia sempre e di per sé funzionale (Chiari, 2009).

Sulla scia di un rinnovamento sociale e culturale, anche a opera di numerosi attivisti, si delinea un nuovo scenario epistemologico che abbandona il modello del transessualismo come “patologia”, fondato su dicotomie e linearità, e inizia a considerare i processi di costruzione dell’identità TGNC come ugualmente sani e forieri di benessere (Chiari, 2009).

L’accento viene così a spostarsi sui processi di stigmatizzazione sociale rivolti a queste persone e sulla necessità di riconoscere e supportare l’identità di una persona TGNC, considerando tutte le potenziali influenze che i processi sociali possono avere sulla salute dell’individuo (Bockting & Coleman, 2007).

Questa tendenza si è evoluta in particolar modo nell’ultima decade, che ha visto il moltiplicarsi di evidenze empiriche sulle esperienze della popolazione TGNC all’interno dei contesti di vita, nei quali il binarismo di genere e il modello eteronormativo, ancora fortemente radicati, espongono queste persone alle sfide connesse al *minority stress* (Meyer, 2003; Scandurra, *et al.*, 2017a; 2017b; Scandurra, *et al.*, 2019b; 2019c).

Dalla medicalizzazione alla depatologizzazione

La visione della non conformità di genere come malattia, prospettiva egemone nel ventesimo secolo, incontrò una piena adesione da parte della comunità medico-scientifica negli anni ‘60, con l’introduzione della diagnosi di *Travestitismo* all’interno dei più noti manuali diagnostici al mondo: il DSM dell’*American Psychiatric Association* e l’ICD della *World Health Organization*.

Il termine *Transessualismo* compare per la prima volta nell’ICD-9, pubblicata nel 1975 (WHO, 1975). L’espressione *Disturbo dell’Identità di Genere* (DIG), coniata nel 1971 dal chirurgo plastico Donald Laub e dallo psichiatra Norman Fisk, viene invece adottata per la prima volta dal DSM nella sua terza edizione (APA, 1980) e successivamente dall’ICD-10 (WHO, 1990).

Facendo esplicito riferimento nei criteri diagnostici alle nozioni di mascolinità e femminilità e ad atteggiamenti e comportamenti “tipici” della donna e dell’uomo (APA, 1994; WHO, 1990), tali sistemi di classificazione hanno legittimato e riprodotto nelle varie edizioni l’assunzione dicotomica dei generi sessuali, nonché la convinzione erronea che le differenze anatomo-morfologiche del fenotipo maschile e femminile siano all’origine di caratteristiche personali e di comportamenti tipici dei due sessi, rappresentati come opposti; in altre parole, le identità di genere sarebbero due soltanto e basate sulla biologia

La normalità viene a configurarsi come quella condizione in cui sesso, genere e ruolo di genere risultano coerenti fra loro e la patologia, di converso, come quella condizione in cui tale naturale coerenza viene a mancare. Le persone la cui identità o espressione di genere non risulti completamente sovrapponibile ai canoni e alle attese comportamentali culturalmente determinati sono dunque considerate patologiche e/o anormali.

Queste diagnosi hanno ben presto destato la protesta dei movimenti transgender, che hanno reclamato con sempre maggiore forza la depatologizzazione della varianza di genere, appellandosi al diritto alla libera espressione di sé e rimarcando la dannosità di una diagnosi tendente a rinforzare gli stereotipi, con conseguenze negative per la salute delle persone a cui essa è attribuita (IOM, 2011).

Posizioni diverse hanno tuttavia evidenziato i benefici del mantenimento di una diagnosi nella possibilità di garantire l'accesso alle cure. Abolita ogni diagnosi connessa all'identità di genere, vi è il rischio per questa popolazione di imbattersi in maggiori difficoltà nell'accesso ai trattamenti medico-sanitari e, in alcuni Paesi, di perdere il sostegno economico o la copertura assicurativa necessari per affrontare tali percorsi (Valerio & Fazzari, 2016).

Nel 2013, sulla spinta di un acceso dibattito di stampo politico e scientifico che ha visto scendere in campo le più importanti organizzazioni civili mondiali, il DSM opera un sostanziale cambiamento di prospettiva, apportando nella sua quinta edizione (APA, 2013) una fondamentale modifica terminologica alla diagnosi psichiatrica relativa all'identità transgender, seppur non optando per una definitiva derubricazione. La definizione di *Disturbo dell'Identità di Genere* viene mutata in *Disforia di Genere*, riferendosi con quest'ultima ad un indicativo disagio personale associato a tale condizione identitaria, la quale tuttavia non è di per sé considerabile un disturbo mentale. Inoltre, non si parla più di discordanza tra sesso biologico e identità di genere, ma di incongruenza tra genere esperito/espresso e genere assegnato, disancorando definitivamente la questione da un'ottica biologista. Il mantenimento di una diagnosi psichiatrica è giustificato per il sovvenzionamento di complicate e costose procedure chirurgiche che, altrimenti, sarebbero a carico degli utenti.

L'attenzione che la task force del DSM ha mostrato nei confronti delle pressioni sociali rappresenta senza dubbio un'importante evoluzione verso una maggiore e necessaria libertà di espressione.

Ma è con la pubblicazione della undicesima edizione dell'ICD che l'area del genere e della sua non conformità rispetto alle norme sociali escono definitivamente dall'appannaggio della psichiatria, passando dalla classe dei disturbi mentali a quella delle condizioni "correlate alla salute sessuale", con il nome di *Gender Incongruence* (WHO, 2018). Questa condizione viene descritta come "marcata e persistente incongruenza tra il genere sessuale esperito dall'individuo e il sesso assegnato alla nascita. I comportamenti e le preferenze connessi a una varianza di genere non costituiscono di per sé una base sufficiente per una formulazione diagnostica".

Tale condizione di incongruenza non necessariamente comporta il desiderio di appartenere al genere opposto a quello attribuito alla nascita e, dunque, di transitare da un polo all'altro della dicotomia donna/uomo. La comunità scientifica ha infatti riconosciuto come il vissuto e l'esperienza transgender possano in alcune persone prescindere dal sistema binario normativamente imposto, muovendosi in una visione più dinamica e multiforme del genere (Scandurra, *et al.*, 2019a; Scandurra, Mezza & Bochicchio, 2019). Per indicare questo gruppo, che condensa esperienze anche molto differenti tra loro², è stata introdotta l'espressione *non-binary e genderqueer* (NBGQ).

Il disagio sperimentato da questi individui può non focalizzarsi sul corpo, ma derivare perlopiù dall'ingiunzione sociale di doversi inserire in una categoria di genere in cui essi non si riconoscono (Graglia, 2019). Ciononostante, il desiderio di affermare la propria identità genere può portare molte persone NBGQ a ricorrere alla scienza e alla tecnologia medica per adeguare il proprio corpo alla percezione del proprio genere, ad assumere un abbigliamento ad essa congeniale e a richiedere il cambiamento del nome anagrafico (Scandurra, *et al.*, 2019a).

Prendendo atto della notevole multiformità che può caratterizzare il vissuto connesso al proprio genere e legittimando l'esistenza di un ampio spettro di possibilità identitarie, il mondo scientifico ha sancito il proprio definitivo disancoramento dalle vecchie concezioni lineari e dicotomiche del genere, abbracciandone la nuova visione, più aperta e plurale, che va diffondendosi nelle società occidentali.

Conclusioni

La varietà e pluralità della fenomenologia TGNC, negli anni, si è scontrata sempre più duramente con la necessità di raggruppare e incasellare queste persone in categorie definite, ponendo questioni di ardua complessità al mondo medico, giuridico, alla cultura e alla società nel suo complesso.

Il continuo rimaneggiamento della nomenclatura e della tassonomia psichiatrica nel corso della seconda metà del secolo scorso testimonia lo sforzo della comunità scientifica di comprendere e integrare le identità non afferenti al binarismo di genere, quel dispositivo socioculturale a cui i sistemi sociali continuano ad affidare un fondamentale principio organizzativo e normativo.

Riconoscere che le persone TGNC non siano affette da alcuna malattia psichiatrica o da una devianza sessuale, legittimandone l'esistenza su un piano giuridico, sociale e culturale, pone le società occidentali di fronte alla grossa sfida di ripensare i propri assetti normativi imperniati sul dualismo maschile/femminile.

² Queste persone possono sentire di appartenere a due (*bigender*) o più generi (per es., *trigender*, *polygender*) o non identificarsi in alcun genere (*agender*). L'identificazione con i generi può essere sperimentata in modo simultaneo (per es., *pangender*), o può variare nel tempo, a seconda di contesti e situazioni (*genderfluid*). I generi in questione possono essere maschili, femminili e/o non binari (Richards, *et al.*, 2016).

Da disfunzioni e anomalie del singolo individuo, concezione che la cultura occidentale inizia a lasciarsi alle spalle, le soggettività TGNC passano in tal senso a configurare una questione che riguarda la società tutta e il modo in cui questa affronta il tema delle differenze nel senso più ampio di questo termine.

Difatti, se il contrasto alle discriminazioni, attraverso la rimozione di dispositivi, pratiche e comportamenti che stigmatizzano, escludono e svalorizzano le persone TGNC, rimane un imperativo prioritario per tutte le società contemporanee, è auspicabile altresì che queste ultime inizino a valorizzare i generi non normativi, incoraggiandone e sostenendone l'espressione e la visibilità.

Un tale approccio non solo riflette il dovere di ogni comunità di promuovere l'affermazione dell'identità di genere di ognuno, in quanto dimensione che concorre alla realizzazione e al pieno sviluppo della persona, ma offre alle stessa collettività l'opportunità di scoprire e coltivare la ricchezza e la varianza insita nel proprio patrimonio umano.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (APA) (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864.
- Benjamin H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press.
- Bockting W.O. & Coleman E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York: Haworth.
- Bullough V. (1979). *Homosexuality: A history*. New York: Meridian.
- Cauldwell D.O. (1949). Psychopathia transsexualis. *Sexology Magazine*, 16, 274-280.
- Chiari C. (2009). Orientamento sessuale e sviluppo psicosexuale. In C. Chiari & L. Borghi (A cura di), *Psicologia dell'omosessualità: Identità, relazioni familiari e sociali* (pp. 31-46). Roma: Carocci.
- Davidson A.I. (2001). *The emergence of sexuality. Historical epistemology and the formation of concepts*. Harvard: Harvard University Press.
- Drescher J. (2009). Queer diagnoses: parallels and contrast in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.
- Foucault M. (1976). *La volontà de savoir*, Éditions Gallimard, Paris.
- Graglia M. (2012). *Omofobia. Strumenti di analisi e di intervento*. Roma: Carocci.

- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- Herdt G. (1994). *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zone Books.
- Hirschfeld M. (1910). *Die transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material, I-II*. Berlin: Alfred Pulvermacher & Co.
- Hoyer N., ed. (1933). *Man into woman. An authentic story of a change of sex. The true story of the miraculous transformation of the Danish pointer, Einar Wegener (Andreas Spanner)*. New York: Dutton.
- Institute of Medicine (IOM) (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington: The National Academies Press.
- Kennedy H. (1997). Karl Heinrich Ulrichs. First theorist of homosexuality. In V. Rosario (Ed.), *Science and Homosexualities* (pp. 26-45). New York: Routledge.
- Krafft-Ebing von R. (1931). *Psychopathia sexualis* (Tr. it. *Psychopathia sexualis*). Milano: Carlo Manfredi Editore, 1966.
- Lacan J. (1958). Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi. In *Scritti, Vol II*. Milano: Einaudi, 2002.
- Lingiardi V. & Nardelli N. (2013). Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche gay e bisessuali. In Ordine degli Psicologi del Lazio (a cura di), *Etica competenza e buone prassi* (pp. 226-313). Milano: Cortina.
- Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-97.
- Oosterhuis H. (2012). Sexual modernity in the works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. *Medical History*, 56, 133-155.
- Oppenheimer A. (1992). Il desiderio di cambiare sesso: Una sfida per la psicoanalisi. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli, (A cura di) (2001), *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici* (pp. 252-267). Milano: Franco Angeli.
- Ovesey L., Person E.S. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 12, 167-186.
- Quinodoz D. (1998). Un/a paziente transessuale in analisi. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici* (pp. 268-289). Milano: Franco Angeli.
- Robles R., Fresan A., Vega-Ramirez H., Cruz-Islas J., Rodrigues-Pérez V. & Reed G. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3, 850-859.
- Santoni B. (2009). La questione “trans”. In F. Batini & B. Santoni (A cura di), *L'identità sessuale a scuola. Educare alla diversità e prevenire l'omofobia* (pp. 79-144). Napoli: Liguori.
- Scandurra C., Amodeo A.L., Valerio P., Bochicchio V. & Frost D.M. (2017a). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585.
- Scandurra C., Mezza F. & Bochicchio V. (2019). Individui non-binary e genderqueer: Una review critica su salute, stigma e risorse. *La Camera Blu. Rivista di Studi di Genere*, 21.

- Scandurra C., Mezza F., Bochicchio V., Valerio P. & Amodeo A.L. (2017b). La salute degli anziani LGBT dalla prospettiva del minority stress: rassegna della letteratura e raccomandazioni di ricerca, *Psicologia della Salute*, 2, 70-96.
- Scandurra C., Mezza F., Maldonato N.M., Bottone M., Bochicchio V., Valerio P. & Vitelli R. (2019a). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Scandurra C., Mezza F., Valerio P. & Vitelli R. (2019b). Approcci affermativi e rilevanza del minority stress nel counseling psicologico con persone LGBT: Una revisione della letteratura internazionale. *Psicoterapia & Scienze Umane*, 53, 67-92.
- Scandurra C., Vitelli R., Maldonato N.M., Valerio P. & Bochicchio V. (2019c). A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies*, 28(3), e61-e71.
- Stoller R. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. New York: Karnak Books.
- Valentine D. (2007). *Imagining transgender. An ethnography of a category*. Durham: Duke University Press.
- Valerio P. & Fazzari P. (2016). Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi. *Questione Giustizia*, 2, 210-219.
- Valerio P., Fazzari P. & Chirre A. (2018). Genere, varianze di genere e disforie di genere. Un update sul percorso di de-patologizzazione per le persone con identità transgender e identità di genere non conformi. *Psichiatria e Psicoterapia*, 37, 7-28.
- Vitelli R., Bottone M., Sisci N. & Valerio P. (2006). L'identità transessuale tra storia e clinica: Quale intervento per quale domanda. In P. Rigliano & M. Graglia (A cura di), *Gay e lesbiche in psicoterapia* (pp. 281-322). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vitelli R. & Giusti Z. (2012). Per un'archeologia del soggetto transessuale: Un'introduzione a Die Transvestiten di Magnus Hirschfeld e a Psychopathia Transexualis di David Cauldwell. In R. Vitelli & P. Valerio (A cura di), *Sesso e genere* (pp. 7-26). Milano: Franco Angeli.
- Vitelli R., Scandurra C., Pacifico R., Selvino M.S., Picariello S., Amodeo A.L., Valerio P. & Giami A. (2017). Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery. *Sexologies*, 26, 43-51.
- Westphal C. (1870). Die conträre Sexualempfindung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2, 73-108.
- World Health Organization (WHO) (1975). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (9th revision)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1990). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Scaricabile da: <https://icd.who.int/browse11/1/-en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fenti%2f411470068>.

Costruire l'inclusione per le persone LGBT: l'esperienza del *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT* del Comune di Reggio Emilia

Margherita Graglia*

Sommario - Il presente articolo intende presentare l'esperienza del *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT* del Comune di Reggio Emilia. Un'esperienza innovativa e la prima in Italia a riunire coralmemente le istituzioni del territorio in un unico progetto, quello di promuovere l'accoglienza sociale delle persone LGBT. Gli altri aspetti distintivi riguardano sia la metodologia adottata (approccio maieutico) sia gli obiettivi dell'iniziativa: il contrasto e l'inclusione. Come verrà messo in luce si tratta infatti di due aspetti ben distinti.

Il Tavolo ha preso avvio dalla constatazione, come rilevato dalle ricerche, che continuano a permanere discriminazioni nei confronti delle persone con un'identità sessuale minoritaria e dalla conseguente necessità di promuovere una cultura delle differenze, improntata a un cambiamento culturale che sappia valorizzare le identità LGBT. A tal fine il lavoro del Tavolo si è avvalso del costruito di omotransnegatività e il presente testo ne delinea sinteticamente le principali caratteristiche.

Gli obiettivi prefissati dal Tavolo sono stati raggiunti attraverso due fasi principali: la sottoscrizione del primo protocollo, quello di intesa sui principi, e in seguito la sottoscrizione del secondo, quello operativo, mirato all'individuazione e all'attuazione delle buone prassi.

Parole chiave: LGBT, omonegatività, transnegatività, omofobia, discriminazioni, inclusione.

Abstract - Promoting inclusion for LGBT people:
the experience of the Municipality of Reggio Emilia

This paper presents the experience of the "Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT", organized by the Municipality of Reggio Emilia. This is an innovative experience and it is the first in Italy that managed to bring together all local institutions in the same project. Its unique features concern both the adopted methodology (maieutic approach) and the objectives of the project: namely, combating homotransnegativity and promoting social inclusion of LGBT people. The project began as a response to the observed persistence of discriminations against sexual minorities and to the consequent need to promote a "culture of differences" that empowers LGBT identities. For this purpose, in structuring the activities of this project it has been crucial the concept of homotransnegativity and in this paper its main features will be outlined. The objectives of the project have been achieved through two main stages: 1) the first Protocol about the agreement on the principles; and, subsequently, 2) the operating Protocol, aimed at identifying and developing best practices.

Key words: LGBT, homonegativity, transnegativity, homophobia, discrimination, inclusion.

Introduzione

La salute, come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza

* *Psicoterapeuta, sessuologa clinica e formatrice. Coordinatrice del Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT del Comune di Reggio Emilia. Didatta CIS.*

dello stato di malattia o infermità. In questa prospettiva la salute e quindi lo stato di benessere sono correlati alla qualità dei rapporti sociali che intercorrono in una comunità. Pertanto le discriminazioni, così come l'omotransnegatività, rappresentano non solo un fattore di rischio per la salute degli individui, ma anche un ostacolo al benessere complessivo delle comunità, in quanto hanno un effetto disgregante sul tessuto sociale (Graglia, 2012). Le azioni ostili nei confronti delle persone LGBT non riguardano infatti esclusivamente gli autori dell'azione aggressiva e i bersagli, ma si riversano sull'intera collettività.

È oramai del secolo scorso la dichiarazione dell'OMS che definisce l'orientamento omosessuale come una variante naturale dell'espressione affettiva e sessuale, mentre è più recente la derubricazione dell'incongruenza di genere dalla classificazione dei disturbi mentali (ICD-11, 2018). Anche nel DSM – il manuale in uso presso gli psichiatri per fare diagnosi – sembra che la disforia di genere stia seguendo lo stesso percorso di depatologizzazione che ha riguardato la categoria clinica dell'omosessualità: dapprima, nel 1973, rimossa dall'elenco delle malattie mentali e sostituita con la categoria "omosessualità egodistonica", per poi venire definitivamente cancellata nel 1987. Allo stesso modo, dal concetto di "disturbo dell'identità di genere" si è passati a quello di "disforia di genere" nel DSM-5 (2013) che pone il focus sulla sofferenza che può presentarsi per chi sperimenta una discrepanza tra l'identità di genere percepita e quella assegnata alla nascita e non sulla condizione in sé, proprio come era accaduto per il passaggio dalla categoria "omosessualità" a quella "omosessualità egodistonica".

Le discipline psicosociali hanno in tal modo abbandonato le ricerche sulle origini degli orientamenti non eterosessuali per concentrarsi sulle origini degli stereotipi, dei pregiudizi e delle discriminazioni e sui dispositivi sociali più efficaci per decostruire le credenze negative e per creare contesti inclusivi. Uno spostamento fondamentale: dall'omosessualità si è passati all'omonegatività. Le ricerche si sono sempre più rivolte a studiare i meccanismi dell'esclusione sociale e il suo impatto sugli individui. L'omotransnegatività è stata individuata come il fattore di rischio maggiore per la salute delle persone LGBT, ne è un esempio l'aumentato rischio di suicidio degli adolescenti LGBT segnalato dalle ricerche internazionali (Haas, *et al.*, 2010; Liu, Mustanski, 2012). Una recente rassegna della letteratura scientifica ha evidenziato una prevalenza più alta di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, suicidi e atti autolesivi anche nelle persone transgender rispetto alla popolazione cisgender (Marshall, *et al.*, 2016). Essere in grado di individuare ed esprimere la propria identità di genere, senza stigma, discriminazione, esclusione e violenza è infatti una dimensione importante della salute, del benessere e del godimento dei diritti umani (WAS, 2007), così come poter vivere liberamente e senza nascondimenti l'orientamento sessuale. Entrambe queste dimensioni costituiscono infatti aspetti nucleari dell'identità.

Le ricerche delle discipline psicologiche hanno studiato in particolare i singoli fattori che possono incidere sulla salute mentale delle persone LGBT sia a livello macro strutturale (dispositivi normativi, contesti educativi, sanitari e delle

Pubbliche Amministrazioni), sia a quello micro (relazioni interpersonali), ad esempio studiando le interazioni con i familiari, i vicini di casa, i colleghi, i compagni di classe.

A livello strutturale, la mancanza di leggi che riconoscono uguali diritti o l'assenza di programmi specifici di sostegno (da parte delle agenzie educative, della comunità religiosa) limitano i diritti e le protezioni, rendendo la popolazione LGBT più vulnerabile alle esperienze che potrebbero compromettere la loro salute psicosomatica. Per quanto concerne il livello macro-strutturale citiamo come esempio una ricerca che ha documentato un tasso di disturbi psichiatrici più alto tra gli adulti LGB residenti negli Stati Usa che vietavano il matrimonio per le coppie omosessuali (Hatzenbuehler, *et al.*, 2010). Un altro esempio riguarda l'ambito scolastico, nel manuale *Education Sector Responses to Homophobic Bullying*, edito dall'Unesco nel 2012, il bullismo omofobico è definito come un problema globale che costituisce una grave violazione dei diritti umani e che si ripercuote negativamente sulla salute di chi lo subisce.

A livello micro-strutturale, le relazioni familiari rappresentano ad esempio un aspetto cruciale per il benessere degli adolescenti, ma alcuni ragazzi LGBT non rivelano la propria identità ai genitori per paura del rifiuto, mentre altri sperimentano reazioni ostili o francamente espulsive da parte della loro famiglia di origine. I legami familiari costituiscono da un lato una risorsa di resilienza, dall'altro un contesto che può presentare delle problematicità, e pertanto essere fonte di disagio. Sebbene non tutti i giovani LGBT sperimentino il disconoscimento da parte della famiglia, la maggior parte di loro teme di subirlo, e questo li può rendere a maggior rischio di sintomi depressivi, ansia e tentativi di suicidio. I servizi di sostegno ai familiari sono anch'essi fondamentali per aiutare i genitori a comprendere la situazione dei loro figli e a sostenerne l'identità. Per alcune persone transessuali ad esempio, la transizione può comportare la completa perdita di contatto con la famiglia, o, al contrario, per quelle che sono a loro volta genitori il desiderio di proteggere i figli può inibire l'esplorazione dell'identità di genere e ciò può contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi.

Dal concetto di omofobia a quello di omotransnegatività

Sebbene stiamo assistendo a un lento cambiamento delle opinioni e degli atteggiamenti nei confronti delle persone LGBT, i risultati delle ricerche mettono in luce il perdurare di pregiudizi e discriminazioni. In passato le identità e i comportamenti omosessuali venivano qualificati come immorali e patologici, mentre attualmente i pregiudizi antigay originati dalla medicalizzazione e dal controllo sociale della morale religiosa perdono terreno, ma rimangono comunque stereotipi e pregiudizi. È quanto emerge ad esempio dall'indagine condotta dall'Istat (2012) sugli atteggiamenti degli italiani nei confronti delle persone omosessuali e transgender. Il 74,8% della popolazione dichiara infatti di non essere d'accordo con l'affermazione "l'omosessualità è una malattia", il 73% con "l'omosessualità è

immorale” e il 74,8% con “l’omosessualità è una minaccia per la famiglia”. Tuttavia il fatto che le persone omosessuali rivestano alcuni ruoli crea problemi a una parte della popolazione: per il 41,4% non è accettabile un insegnante di scuola elementare omosessuale, per il 28,1% un medico, per il 24,8% un politico. Per quanto concerne le discriminazioni la maggior parte delle persone LGBT (53,7%) afferma di aver subito discriminazioni, e sono soprattutto la ricerca di un lavoro (31,3%) o i contesti come la scuola o l’università (24%) a rappresentare la casistica maggiore.

Anche il sondaggio dell’Eurobarometro (2019), lo strumento di indagine di cui si è dotata la Commissione europea, rileva come l’Italia sia al di sotto della media europea per quanto riguarda l’inclusione delle persone LGBT. Per esempio, la quasi totalità della popolazione in Svezia (98%) e in Olanda (97%) è d’accordo con l’affermazione secondo cui le persone LGB dovrebbero avere gli stessi diritti di quelle eterosessuali, così come la stragrande maggioranza in Spagna (90%) e in Gran Bretagna (90%). Mentre nel nostro Paese la percentuale è minore (68%), vicino a quella della Grecia (64%) e della Slovenia (64%). Una percentuale che si abbassa ancor di più rispetto al riconoscimento dell’identità di genere nei documenti anagrafici che per l’Italia è al 43%, simile alla Lettonia e Cipro (entrambe al 42%), distante invece dalla Spagna e Malta (entrambe al 83%). La percentuale scende ulteriormente in riferimento alla possibilità di indicare una terza opzione, come X o 0, sui documenti di quelle persone che non si identificano come maschio o femmina: 37% in Italia, 33% in Croazia, distante dal 67% di Malta e dal 63% della Spagna.

Gli atteggiamenti ostili nei confronti delle persone LGBT sono stati inizialmente analizzati facendo riferimento al costrutto di “omofobia”, concepita come paura irrazionale delle persone omosessuali (Weinberg, 1972). Nel corso del tempo tale concettualizzazione è stata messa in discussione da numerosi autori che hanno delineato una serie di limitazioni (cfr. Herek, 2004). Intanto è riduttivo ricondurre le reazioni ostili esclusivamente alla paura, possono essere infatti coinvolte anche altre emozioni, quali il disgusto, la rabbia, ecc. Inoltre questa concezione si focalizza sulle variabili intra-individuali, tralasciando le dimensioni sociali e culturali che stanno alla base e che mantengono rappresentazioni culturali negative e pratiche sociali eteronormative e cisnormative. Possiamo quindi distinguere più livelli in cui agisce l’omofobia: personale, interpersonale, istituzionale e sociale (Blumenfeld, 1992).

Il livello personale coinvolge stereotipi e pregiudizi, quello interpersonale riguarda gli atteggiamenti e i comportamenti degli individui, mentre quello istituzionale inerisce le norme e le pratiche sociali delle istituzioni e quello culturale le rappresentazioni delle identità non eterosessuali e non cisgender, veicolate in particolar modo dalle immagini dei media e dal linguaggio (Graglia, 2012). Questi livelli operano sinergicamente, influenzandosi vicendevolmente. Inoltre, come ha messo in luce la psicologia sociale (Herek, 1986), i comportamenti omotransnegativi messi in atto dagli individui svolgono delle precise funzioni psicosociali.

Ad esempio, per gli adolescenti maschi eterosessuali manifestare comportamenti omonegativi permette di accedere alla condivisione di una maschilità normativa, consentendo il raggiungimento di un compito evolutivo fondamentale: far parte del gruppo dei pari (cfr. Graglia, 2012). E si può far parte del gruppo dei pari se si dimostra di essere “veri uomini”, ossia di non essere femmine, di non fare cose da femmina (mostrare emozioni di vulnerabilità, ecc.) che nella nostra cultura sono connesse all'omosessualità maschile, concepita come negazione della maschilità. A nulla servono rimproveri e divieti, modalità colpevolizzanti che non permettono un'elaborazione personale e quindi un cambiamento reale. Del resto gli adolescenti maschi si comportano come la società gli ha “insegnato” a fare, a disprezzare ed espellere le parti ritenute femminili per non essere sospettati di omosessualità. Si tratta semmai di creare le condizioni per il cambiamento: da un lato costruire le premesse sociali per visioni più flessibili ed eterogenee di maschilità e femminilità e dall'altro permettere un'apertura individuale a nuove prospettive tramite l'educazione di genere (Ghigi, 2019). In sostanza l'assunzione di comportamenti omonegativi corrisponde a una funzione adattiva. A questo punto occorre cambiare i termini per adattarsi al gruppo, ossia investire in una cultura che veicoli messaggi in cui il rispetto delle differenze sia una modalità ritenuta fondamentale per “far parte” della comunità e, nello specifico, del gruppo di pari (Graglia, 2012).

Proprio per l'inadeguatezza del termine omofobia a rendere conto di tutta questa complessità, sono state proposte nel corso del tempo altre parole. Come ad esempio, “eterosessismo” (Herek, 2000) per riferirsi a un sistema ideologico che considera l'eterosessualità come superiore all'omosessualità.

Il termine “omonegatività” da cui prende il nome il *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT*, oggetto di questo testo, deriva da *homonegativism* (Hudson & Ricketts, 1980), un costrutto multidimensionale che descrive la varia gamma delle reazioni anti-omosessuali. Nello specifico il termine fa riferimento a tutti quei processi, individuali e socio-culturali che negativizzano gli orientamenti omo-bi-asesuali e le identità transgender. L'omotransnegatività si definisce pertanto come “l'insieme di rappresentazioni culturali, di pratiche sociali, di credenze individuali e di comportamenti interpersonali che invalidano, sviliscono o aggrediscono i comportamenti, le identità e le comunità LGBTI” (Graglia, 2019, p. 139).

Gli individui assorbono l'omotransnegatività da tutte le fonti socio-culturali che alimentano le rappresentazioni collettive e i codici di comportamento sociale ed è a queste fonti che occorre arrivare per comprendere appieno i meccanismi dell'esclusione sociale di stampo omotransnegativo allo scopo altresì di predisporre pratiche sociali che promuovano il benessere di tutti valorizzando le differenze di ciascuno. Come abbiamo visto gli stereotipi e i pregiudizi nei confronti delle persone omosessuali e transgender non nascono da variabili individuali (omotransfobia), ma da una visione socialmente costruita e da pratiche sociali e istituzionali eteronormative (omotransnegatività). Per questo occorre individuare azioni che possano incidere sulle rappresentazioni culturali e sulle pratiche sociali adottate

dalle istituzioni. A tal fine, le istituzioni sono in una posizione privilegiata per promuovere un cambiamento a questo livello.

Il Tavolo interistituzionale del Comune di Reggio Emilia ha infatti individuato il suo focus principale nelle pratiche adottate dalle istituzioni e non solo nei comportamenti dei singoli, avendo quindi l'ambizione di intervenire sui processi socioculturali che hanno la prerogativa di valorizzare o al contrario "negativizzare" le identità LGBT.

Il Tavolo interistituzionale

Il Comune di Reggio Emilia, dopo aver intrapreso numerose iniziative in ambito di tutela dei diritti delle persone LGBT, ha dato avvio nel 2015 al Progetto del *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT*. Nello specifico, solo per citare alcune iniziative intraprese nel corso degli anni, l'Amministrazione comunale ha avviato nel 2005 la collaborazione con l'associazione Arcigay Gioconda attraverso convenzioni annuali, nel 2013 ha aderito alla Rete RE.A.DY¹ delle Pubbliche Amministrazioni e istituito il Registro amministrativo delle Unioni Civili.

L'iniziativa del Tavolo è stata proposta dall'assessorato Pari Opportunità, attraverso il coinvolgimento dell'Ufficio pari opportunità.

Le istituzioni del territorio riunite intorno al Tavolo sono le seguenti:

- Comune di Reggio Emilia;
- Provincia;
- Tribunale;
- Procura della Repubblica;
- Istituti penali c.c.c.r.;
- Azienda Usl-Irccs (Azienda unità sanitaria locale e Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova),
- Università di Modena e Reggio Emilia
- Ufficio scolastico ambito territoriale
- Istituzione scuole e nidi d'infanzia
- Fondazione per lo sport
- Fondazione Mondinsieme
- Forze dell'ordine
- Associazione ArciGay Gioconda.

Il Tavolo ha individuato due obiettivi generali: da un lato contrastare l'omotransnegatività e promuovere l'inclusione e dall'altro creare una sinergia tra le diverse istituzioni cittadine. Contrasto e inclusione costituiscono due azioni differenti, il primo è rivolto alle criticità connesse all'esistenza degli stereotipi, dei pre-

¹ Rete nazionale delle Pubbliche Amministrazioni Anti Discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere; riunisce Enti locali e regionali per promuovere culture e politiche delle differenze e sviluppare azioni di contrasto alle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere.

giudizi e delle discriminazioni e alla loro prevenzione, mentre la seconda sottolinea gli aspetti positivi delle differenze ed è appunto mirato alla loro valorizzazione. Uno è basato su un'azione difensiva, mentre l'altra su interventi proattivi (per un approfondimento si veda Graglia 2019).

L'azione del Tavolo si basa su un doppio focus: gli utenti LGBT dei servizi delle varie istituzioni coinvolte e il personale LGBT delle istituzioni.

Per quanto concerne il metodo, il Tavolo ha adottato l'approccio maieutico, basato sulla riflessività condivisa, il confronto e la partecipazione attiva, innescando in tal modo un processo di condivisione e di co-costruzione di connessioni e di azioni mirate. Il metodo maieutico è stato individuato come il più efficace per raggiungere gli obiettivi prefissati, in quanto permette di coinvolgere attivamente i partecipanti e di creare le condizioni per comprendere i meccanismi dell'esclusione sociale e per individuare strategie comuni. Si tratta di un approccio fondato sulle domande e sul confronto costante per identificare risposte condivise, messo a punto dalla scrivente a partire dall'esperienza di psicoterapeuta e di formatrice (per un approfondimento sul metodo maieutico applicato all'inclusione LGBT si veda Graglia, 2019).

Il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti si è articolato in due fasi fondamentali: la prima ha riguardato la creazione di una convergenza sui principi condivisi e la presa d'atto che le discriminazioni nei confronti delle persone LGBT costituiscono un grave problema di rilevanza sociale, la seconda fase è stata dedicata all'individuazione e all'adozione di azioni mirate per contrastare lo stigma, le discriminazioni e per promuovere una piena inclusione. Risulta infatti fondamentale, come abbiamo detto, prima creare una convergenza comune sui principi condivisi e poi identificare una strategia per intervenire concretamente nelle pratiche istituzionali. Potremmo sintetizzare questo percorso con le parole: prima comprendere e poi agire.

Il raggiungimento di queste due fasi è stato contraddistinto dalla sottoscrizione di due protocolli². Nelle figure 1 e 2 vengono riportate le copertine dei due documenti: l'ideazione grafica ha inteso giocare sulla molteplicità sottolineata dai colori e ripresa dalle parole. I colori rimandano alla pluralità delle identità e anche delle istituzioni coinvolte, le parole sottolineano i punti chiave dell'azione del Tavolo. La sottoscrizione del I Protocollo, quello di Intesa, sottoscritto il 17 maggio 2017 ha sancito l'impegno delle istituzioni a far fronte comune, il II Protocollo, quello operativo, sottoscritto il 19 aprile 2019 rappresenta il raggiungimento della seconda tappa: la messa in opera dei principi tramite l'individuazione di specifiche buone prassi. Prendiamo in considerazione nei successivi paragrafi queste due tappe fondamentali.

² I due protocolli possono essere scaricati dal sito del Comune di Reggio Emilia: (<https://www.comune.re.it/retecivica/urp/retecivi.nsf/PESDocumentID/E9ABD214560A8BFAC125826D0056274F?opendocument&FROM=CslTvlntsttznldentrstllvlnz1>), Data di consultazione: 02/05/2020. Oppure sul sito della Carocci editore: (http://www.carocci.it/index.php?option=com_carocci&Itemid=72&task=schedalibro&isbn=9788874668083). Data di consultazione: 02/05/2020

Primo Protocollo: intesa sui principi

Dopo aver costituito il Tavolo il lavoro è stato indirizzato verso il raggiungimento del primo obiettivo intermedio: un'intesa sui principi che servisse per costruire una visione comune e da cui partire per individuare strategie di intervento. Le domande maieutiche che hanno guidato questa prima parte e che hanno permesso di mappare le esperienze delle istituzioni coinvolte sono state le seguenti: quali sono le specificità delle discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere? Quali sono gli aspetti rilevanti connessi all'orientamento sessuale/all'identità di genere riguardo all'accesso e alla fruizione dei servizi delle Istituzioni da parte dell'utenza LGBT? Quali sono le variabili significative per il benessere lavorativo del personale LGBT?

La riflessione maieutica è stata accompagnata dall'analisi delle ricerche sulla discriminazione nei confronti delle persone LGBT e dalle norme nazionali e sovranazionali, che hanno normato il principio di non discriminazione in base all'orientamento sessuale e all'identità di genere. A tal scopo abbiamo condotto una formazione rivolta ai referenti istituzionali del Tavolo con una serie di finalità: acquisire conoscenze scientificamente aggiornate sui temi riguardanti l'identità sessuale; conoscere l'attuale situazione demografica degli italiani LGBTI e l'atteggiamento

Figura 1 - I Protocollo: intesa sui principi



to della popolazione generale nei loro confronti; rilevare a livello locale cosa significa essere gay, lesbica, bisessuale, transgender, *gender variant* e *gender non conforming* in riferimento alle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta e terza età); rilevare a livello locale le opinioni e gli atteggiamenti degli operatori dei servizi nei confronti delle persone LGBTI; coinvolgere saperi interdisciplinari; saper riconoscere le manifestazioni dell'omotransnegatività sociale e conoscere l'impatto del *minority stress* sulle persone LGBTI e sulle famiglie omo-transgenitoriali; approfondire la normativa sui diritti connessi all'identità sessuale e raccogliere e analizzare le buone prassi adottate dalle istituzioni del territorio.

La formazione ha inoltre consentito di comprendere la rilevanza

dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere nei vari contesti istituzionali (Graglia, 2019). Facciamo degli esempi concreti in vari ambiti istituzionali per facilitare la comprensione di questo aspetto. Per quanto concerne ad esempio i contesti delle Forze dell'ordine, quando un operatore di Polizia deve perquisire un sospettato transgender l'identità di genere diventa rilevante in quanto ad esempio risulta necessario stabilire di quale genere deve essere l'agente che procede con la perquisizione. Allo stesso modo, quando una persona transgender viene ricoverata in ospedale l'identità di genere diventa l'aspetto da considerare per individuare in quale reparto (maschile, femminile, camera singola) ricoverare il paziente. Per quanto riguarda il personale transgender, quando un lavoratore inizia il percorso di transizione la sua identità di genere acquisisce salienza rispetto alle linee guida da seguire sull'utilizzo dei bagni o al nome da adottare nelle comunicazioni interne. In riferimento alla rilevanza dell'orientamento sessuale in un contesto sanitario, pensiamo a una persona ricoverata che riceve la visita del partner dello stesso sesso: tanto più i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari sono preparati ad accogliere i pazienti LGB, tanto più questi si sentiranno liberi di rendere visibile il loro legame. Sappiamo che poter disporre dell'assistenza del partner e mostrare e ricevere affetto tramite il contatto fisico costituiscono fondamentali risorse di salute nei momenti di difficoltà. Inoltre se il personale è stato formato sui temi LGB riuscirà a impostare una relazione professionale mirata ed efficace. Ci riferiamo ad esempio all'uso di un linguaggio rispettoso e alle tecniche del colloquio inclusivo (Graglia, 2012).

L'approccio maieutico prevede una scansione graduale e progressiva dei temi affrontati al fine di costruire una reale convergenza tra i partecipanti, attivare processi di elaborazione individuali e istituzionali che abbiano la capacità di innervarsi e capillarizzarsi nel territorio. Senza quindi calare dall'alto principi e soluzioni preconfezionate, ma innescando possibilità di cambiamento ritagliate su specifici bisogni. Dopo un anno e mezzo di lavoro siamo quindi giunti alla sottoscrizione del primo protocollo, un documento che tiene in considerazione tutti gli aspetti affrontati durante il percorso. Le istituzioni si sono ritrovate concordi nel ritenere le discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere un grave problema sociale che deve essere fronteggiato attraverso un impegno congiunto sul piano politico/culturale mediante interventi di sensibilizzazione e azioni operative nelle istituzioni. Un ruolo importante in questo percorso è stato individuato nella formazione al fine di prevenire e rimuovere pregiudizi e atteggiamenti discriminatori ancora molto diffusi nella cultura del nostro Paese e per rendere i servizi del territorio più accessibili alla popolazione LGBT. Si è preso atto pertanto che l'omotransnegatività costituisce un problema sociale che affonda le radici nelle rappresentazioni culturali e nelle pratiche sociali inique ed eteronormative.

Il documento sottoscritto oltre all'accordo stipulato dalle istituzioni prevede una parte iniziale in cui vengono richiamate le varie disposizioni normative del principio antidiscriminatorio, formulate a livello internazionale, nazionale e locale e altresì una sintesi delle principali acquisizioni scientifiche in merito all'identità

di genere e all'orientamento sessuale e ai risultati delle ricerche sulle discriminazioni. Il primo protocollo, così strutturato, costituisce pertanto anche uno strumento informativo, utile per divulgare le principali nozioni sul principio antidiscriminatorio sia all'interno delle istituzioni, sia all'esterno (utenti e cittadini). Le istituzioni hanno infatti diffuso nelle reti interne e pubblicato sul loro sito il protocollo.

Secondo Protocollo: buone prassi

Sulle fondamenta condivise nel primo protocollo si è sviluppata l'azione successiva del Tavolo con lo scopo di approdare alla sottoscrizione del secondo protocollo, quello operativo (Figura 2). Questa seconda fase ha voluto mettere in pratica i principi definiti in quella precedente attraverso l'individuazione e l'attuazione di buone pratiche.

L'approccio maieutico, caratterizzato dalla riflessione condivisa e dal confronto costante, ci ha consentito di procedere con l'analisi e l'individuazione delle buone prassi tramite alcune domande guida: quali sono i bisogni specifici dell'utenza/personale/cittadinanza LGBT? Come erogare servizi mirati che sappiano intercettare questi bisogni? Come creare contesti inclusivi per il personale LGBT?

Quali sono le buone pratiche per includere gli utenti e il personale LGBT nelle varie istituzioni?

Dopo aver analizzato le buone pratiche attuate a livello nazionale e internazionale, abbiamo individuato alcune procedure comuni a tutte le istituzioni ed altre specifiche per i singoli contesti istituzionali. Tra le prime vi sono ad esempio l'inserimento nei codici etici e nelle carte dei servizi di una voce sull'antidiscriminazione in base all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Un'altra azione, ritenuta da tutte le istituzioni fondamentale, è quella relativa alla formazione e alla sensibilizzazione del personale delle istituzioni. Per promuovere l'inclusione non è possibile infatti prescindere dal conoscere gli aspetti principali, aggiornati e scientificamente fondati, dei temi LGBT. Ad esempio conoscere il lessico LGBT appropriato.

Figura 2 - Il Protocollo operativo: buone prassi



Risulta infatti fondamentale adottare un linguaggio rispettoso, sia nella modulistica istituzionale sia nell'interazione con l'utenza LGBT. In riferimento a questo punto l'Istituzione nidi e scuole dell'infanzia di Reggio Emilia sta rivedendo la modulistica per includere tutte le famiglie, comprese quelle omogenitoriali. La formazione inoltre offre l'opportunità di individuare e diffondere linee guida che forniscono strumenti applicativi al personale.

Tra le buone pratiche specifiche, vale a dire quelle adottate esclusivamente da alcune istituzioni, ricordiamo quella dell'Alias – l'utilizzo del nome elettivo per i dipendenti transgender – da parte del Comune che ha anche adottato i bagni *gender free*.

In totale le istituzioni hanno messo a punto 86 buone pratiche che hanno attuato o che stanno attivando.

Conclusioni

Durante la presentazione – svoltasi nel 2014 al cinema Rosebud di Reggio Emilia – del documentario “Felice chi è diverso” sugli omosessuali anziani, il regista Gianni Amelio aveva raccontato la sua esperienza personale di studente delle scuole superiori. Durante una lezione una professoressa aveva dichiarato in classe: “un omosessuale ha due possibilità: guarire o suicidarsi”. Oggi sarebbe impensabile che un docente facesse un'affermazione simile, principalmente per due motivi. Innanzitutto, come abbiamo visto, gli atteggiamenti nei confronti dell'orientamento omosessuale sono cambiati, inoltre se anche un'insegnante fosse di questo parere molto probabilmente, non manifesterebbe il suo pensiero per evitare una reazione sociale di contrarietà. Come è accaduto al Presidente della Barilla che nel settembre del 2013 aveva rilasciato la seguente dichiarazione in un'intervista radiofonica: “Non faremo pubblicità con omosessuali, perché a noi piace la famiglia tradizionale. Se i gay non sono d'accordo possono sempre mangiare la pasta di un'altra marca. Tutti sono liberi di fare ciò che vogliono purché non infastidiscano”. In primo luogo notiamo come “tutti sono liberi (...) purché non infastidiscano” sottolinea la pressione sociale all'invisibilità, una delle forme più resistenti dell'omonegatività contemporanea (Graglia, Quaglia, 2014), ovvero il mandato sociale secondo il quale le persone omosessuali non dovrebbero manifestare la loro differenza. Inoltre possiamo fare un'altra considerazione: le numerose reazioni di protesta nazionali e internazionali hanno “convinto” il Presidente del colosso italiano della pasta a ritornare sui propri passi facendo ammenda con pubbliche scuse sul sito dell'azienda e annunciando iniziative su diversità e inclusione. Potremmo a questo punto domandarci se la prescrizione sociale alla tolleranza sia realmente efficace. Possiamo ipotizzare che lo sia come deterrente per le azioni di discriminazione, ma non lo sia altrettanto per le credenze profonde che per trasformarsi hanno bisogno di un confronto aperto e schietto. Per questo motivo il *politically correct* costituisce un limite al mutamento reale degli stereotipi e dei pregiudizi.

Facciamo un altro esempio, se chiediamo alle persone cosa pensano dell'omogenitorialità ci possiamo facilmente aspettare una prima risposta negativa: l'80% secondo l'indagine Istat del 2012. Tuttavia, nonostante la maggior parte delle dichiarazioni riguardo all'omogenitorialità sia in prima battuta sfavorevole è degno di nota osservare che le iniziative di sensibilizzazione e formazione che sempre più spesso vengono messe in atto esitano in un cambiamento delle posizioni iniziali (Graglia, 2012). Se viene creata una situazione in cui le persone con credenze negative possono entrare in contatto con i genitori omosessuali i pregiudizi e gli stereotipi si riducono. L'ipotesi del contatto di Allport (1954) trova conferma nelle situazioni sociali che promuovono l'incontro e il confronto.

L'azione del Tavolo si è mossa in questo solco, ossia nel cercare di favorire un confronto sociale costante basato sulla pluralità degli sguardi coinvolti, sulla partecipazione ai processi di riflessione e di cambiamento. Con l'obiettivo di includere pienamente e non semplicemente di tollerare.

La strategia individuata dal *Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT*, sia per quanto concerne i soggetti coinvolti (istituzioni del territorio), i contenuti (focus sull'omotransnegatività, sul contrasto alle discriminazioni insieme all'inclusione sociale) e sia per il metodo utilizzato (approccio maieutico) costituisce un esempio innovativo di buona pratica, ossia di una procedura definita e strutturata che permette di incidere in modo efficace sul territorio sociale. Come abbiamo detto, le istituzioni sono infatti in una posizione privilegiata per disinnescare i processi sociali di stigmatizzazione, marginalizzazione ed esclusione sociale in quanto possono incidere sia a livello del cambiamento individuale sia di quello socioculturale (Graglia, 2019).

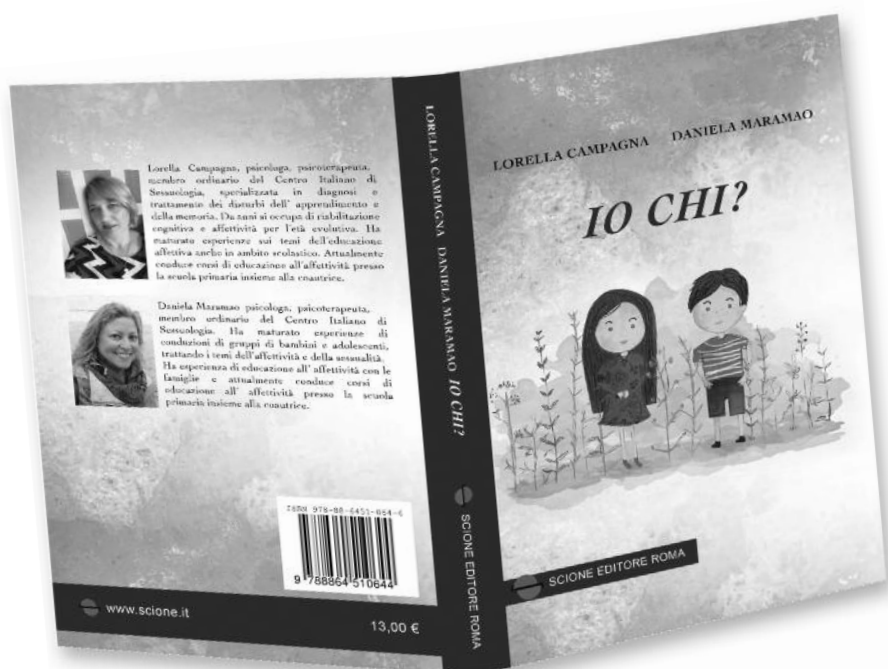
Si tratta di una buona prassi riproducibile e trasferibile in altri contesti a partire dalle caratteristiche chiavi: confronto, coinvolgimento attivo, processualità, analisi dei bisogni degli stakeholder, elaborazione e attuazione di azioni mirate e ritagliate sui bisogni emergenti.

Bibliografia

- Allport G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Garden City (NY): Anchor Books.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Blumenfeld W.J. (a cura di) (1992). *Homophobia. How We All Pay the Price*. Boston: Beacon Press.
- Comune di Reggio Emilia (2019). *Protocollo operativo del Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT*. Reggio Emilia: Comune di Reggio Emilia.
- Comune di Reggio Emilia (2017). *Protocollo d'intesa sui principi del Tavolo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT*. Reggio Emilia: Comune di Reggio Emilia.

- Ghigi R. (2019). *Fare la differenza. Educazione di genere dalla prima infanzia all'età adulta*. Bologna: Il Mulino.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone prassi per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- Graglia M., Quaglia V. (2014). "Omofobia contemporanea: la pressione sociale all'invisibilità e la contrarietà verso l'omogenitorialità", *Rivista di Freniatria*, 138, 2: 59-83.
- Graglia M. (2012). *Omofobia. Strumenti di analisi e di intervento*. Roma: Carocci.
- Haas A.P., Eliason M., Mays V.M., et al., (2010). "Suicide and suicide risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender populations: review and recommendations". *Journal of Homosexuality*, 58, 1:10-51.
- Herek G.M. (2004). "Beyond "homophobia": Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century". *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 2: 6-24.
- Herek G.M. (2000). "The psychology of sexual prejudice". *Current Directions in Psychological Science*, 9: 19-22.
- Herek G.M. (1986). "The Instrumentality of Attitudes: Toward a Neo-Functional Theory", *Journal of Social Issues*, 42: 99-114.
- Hudson W.W., Ricketts W.A. (1980). "A Strategy for the Measurement of Homophobia". *Journal of Homosexuality*, 5: 357-72.
- Istat (2012). *La popolazione omosessuale nella società italiana*. Report di ricerca, Roma: Istat.
- Liu R.T., Mustanski B. (2012). "Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth". *American Journal of Preventive Medicine*, 42: 221-228.
- Marshall E., Claes L., Bouman W.P., Witcomb G.L., Arcelus J. (2016). "Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature". *International Review of Psychiatry*, 28, 1: 58-69.
- Meyer I.H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence". *Psychological Bulletin*, 129: 674-697.
- Weinberg G. (1972). *Society and the Healthy Homosexual*. New York: St. Martin's Press.
- World Association for Sexual Health (WAS) (2007), *Sexual health for the millennium: A declaration and technical document*. Minneapolis, MN: WAS.
- World Health Organization (WHO) (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*, Ginevra: WHO.

Dalla nostra esperienza con bambini ed adolescenti nasce "IO CHI?", uno strumento dedicato a genitori, insegnanti ed educatori per affrontare insieme ai più giovani i temi complessi della sessualità e dell'affettività. Uno scrigno di suggerimenti utili per rispondere alle domande sull'amore e sulle emozioni.



per ordinare contattare:
editore@scione.it

Il primo indice di inclusione universitaria LGBT+ e le buone pratiche d'inclusione rivolte alle minoranze sessuali nell'educazione terziaria

Tullia Russo*

Sommario - La ricerca dimostra che gli studenti LGBT+ sono più discriminati e bullizzati rispetto ai loro pari non-LGBT+. Partendo da questa assunzione, questo articolo illustra la metodologia di sviluppo del primo indice europeo di inclusione universitaria LGBT+, ideato da tre ricercatrici dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (l'autrice di questo articolo, la Professoressa Tindara Addabbo e la Professoressa Barbara Pistoresi) e applicato ai 58 atenei pubblici italiani nell'a.a. 2018/2019.

Nella costruzione dell'indice abbiamo tenuto in considerazione i due principali indici di inclusione LGBT+ attualmente esistenti (il Campus Pride Index e il LGBTQI Inclusive Education Index) e le loro tecniche di sviluppo. Abbiamo, inoltre, collaborato con sei associazioni studentesche LGBT+, seguendo le "Raccomandazioni di Pisa" (Russo, Valerio, 2019). La tecnica scelta per la costruzione del nostro indicatore è stata la Fuzzy Logic (Zadeh, 1965, 1988). Infine quest'articolo mostra alcune tra le principali pratiche di inclusione LGBT+ messe in atto dalle Università Italiane al fine di proporre strategie utili alla riduzione dell'omofobia negli ambienti accademici.

Parole chiave: LGBT+, Indice di Inclusione, Università, Buone Pratiche, Accordo di Riservatezza.

Abstract - The first LGBT+ university inclusion index and related best practices in tertiary education

Research reveals that the prevalence of discrimination and bullying is much higher among LGBT+ learners than among their non-LGBT+ peers. Starting from this assumption, this article shows the development method of the first European Index of LGBT+ University Inclusion, realised by three researchers of the University of Modena and Reggio Emilia (the author of this article, Professor Tindara Addabbo and Professor Silvia Muzzioli) and implemented to 58 Italian public universities in the 2018/2019 academic year.

In constructing the index we have taken into account the two currently main LGBT+ inclusion indexes (the Campus Pride Index and the LGBTQI Inclusive Education Index) and their development techniques. We have, also, worked closely with six LGBT+ students unions, following the "Pisa Recommendations" (Russo, Valerio, 2019). We based the measurement of the index on Fuzzy Logic techniques (Zadeh, 1965, 1988). Lastly, this article shows some of the LGBT+ inclusion best practices implemented by Italian athenaeums in order to propose strategies in reducing homotransphobia in tertiary education environments.

Key words: LGBT+, Inclusion index, University, Best practice.

Introduzione

Nel 2018 l'Organizzazione Internazionale per Giovani e Studenti Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer e Intersessuali (Iglyo) pubblica un importante studio sul livello di inclusione delle soggettività lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer e intersessuali (d'ora in poi LGBTQI) nelle istituzioni educative

* *Assegnista di ricerca Dipartimento di economia e statistica Cognetti de Martiis Università degli studi di Torino.*

dei Paesi europei (Iglyo, 2018). I risultati di questa ricerca, disponibili in forma di mappa interattiva al link <https://www.education-index.org/>, mostrano quanto carenti siano le tutele per queste categorie di studenti nel nostro Paese. In Italia, infatti, non è presente una legge applicabile agli ambienti educativi che tuteli dalle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere. L'educazione sessuale è, inoltre, promossa di rado e esclusivamente come attività extrascolastica. Non sono previsti corsi di formazione obbligatoria sulle questioni LGBTQI per docenti e personale tecnico-amministrativo e non è previsto il monitoraggio dell'incidenza degli atti di violenza o di bullismo omo-bi-transfobici, ossia mossi contro persone omosessuali, bisessuali o transgender¹.

Nonostante diversi studi abbiano ampiamente dimostrato quanto la discriminazione omo-bi-transfobica affligga quotidianamente gli ambienti educativi (Ellis, 2009; Almeida, *et al.*, 2019; D'Augelli, 1989), si continua ad assistere a una carente rappresentazione delle diversità negli orientamenti sessuali e nelle identità di genere nei curricula scolastici e accademici (Unesco, 2017) e il personale delle università e delle scuole è raramente qualificato (o formato) per prevenire, ridurre, gestire o affrontare questo tipo di discriminazione (Fra, 2016). La rappresentazione delle diversità nei curricula così come la formazione del personale sono ritenute, dallo studio di Iglyo, due tra le principali azioni necessarie alla riduzione della discriminazione omo-bi-transfobica negli ambienti educativi. Si assiste, di conseguenza, a una forte repressione delle libertà di espressione di genere nei giovani LGBTQI: molti di essi nascondono il proprio orientamento sessuale e la propria identità di genere, conformandosi alle norme e alle attese socio-culturali per paura e per auto-tutela (Pechankis and Bränström, 2019).

È, inoltre, dimostrato che reprimere la propria identità sessuale possa condurre a conseguenze molto negative sul benessere psico-fisico, sul rendimento scolastico e sulla partecipazione attiva alla vita scolastico-accademica (Koshiw, *et al.*, 2018; Hughes, 2019).

Per le ragioni si qui citate, negli ultimi dieci anni sono stati realizzati diversi progetti e interventi protesi a migliorare l'inclusione LGBTQI negli ambienti educativi. Nella maggior parte dei casi si è trattato di progettualità non istituzionali ma di origine associativa e volontaristica. Per citarne uno tra i principali, nel 2007 l'associazione no-profit Campus Pride ha realizzato il primo indice di inclusione LGBTQI negli ambienti educativi: il Campus Pride Index. L'applicazione di questo indicatore agli istituti educativi degli Stati Uniti permette di identificare quali atenei e scuole del territorio siano più accoglienti e meno discriminanti nei confronti delle persone LGBTQI. Il ranking degli istituti scolastici e accademici è consultabile alla pagina web www.campusprideindex.org e informa, in maniera dettagliata, sui servizi, strumenti di tutela e supporti offerti (o meno) da ogni specifico istituto. Il questionario realizzato da Campus Pride ai fini della valutazione

¹ Il termine Transgender è qui usato in senso ampio, volendo intendere al suo interno tutte le soggettività non-cisgender, ossia non conformi alle norme sociali e culturali sulla mascolinità e sulla femminilità, così come ben spiegato in Currah, 2006.

del livello di inclusione LGBTQI è presente online e ogni istituto educativo interessato a far parte di questa rete può autonomamente compilarlo.

Similmente, nel maggio del 2018, viene realizzato in Italia il progetto *Universitrans*: la prima mappatura nazionale degli strumenti di tutela rivolti alle persone transgender e adottati dagli atenei pubblici italiani². La mappatura è pubblicata sul sito web www.universitrans.it affinché possa essere consultata gratuitamente da coloro che ne hanno interesse o necessità nonché al fine di divenire strumento di responsabilizzazione per gli atenei, come dettagliatamente argomentato in Russo, 2019.

Non è difficile immaginare quanto tali strumenti possano essere utili per uno studente che voglia iscriversi all'università e abbia timore di essere discriminato, così come per i docenti, ricercatori o per il personale tecnico-amministrativo nella scelta dell'ambiente lavorativo in cui prestare servizio.

A seguito della realizzazione del progetto *Universitrans*, tre ricercatrici dell'ateneo di Modena e Reggio Emilia (tra le quali vi è la scrivente, assieme alle Professoresse Tindara Addabbo e Silvia Muzzioli) hanno dato avvio ai lavori di realizzazione del primo indice d'inclusione LGBT+ universitaria³, applicato agli atenei italiani nell'a.a. 2018/2019. Nella scelta della definizione dell'indicatore abbiamo deciso di sostituire l'acronimo LGBTQI con il più inclusivo LGBT+. Il simbolo "+" non contempla, infatti, solamente le persone queer (Q) e intersessuali (I), ma anche tutte quelle che si identificano in altre categorie non comprese nell'acronimo LGBTQI o che scelgono di non identificarsi affatto, alla stregua di quanto suggerito dalle associazioni studentesche e dalle associazioni con le quali ci siamo relazionate nel corso del nostro studio.

Questo articolo descriverà, nei paragrafi che seguono, il percorso che ha condotto allo sviluppo dell'indice, la sua applicazione ai 58 atenei pubblici nazionali nell'anno accademico 2018/2019 e il ranking così ottenuto. Seguirà, in ultimo, un elenco di alcune delle *best practices* individuate nell'analisi degli ambienti universitari: si tratta delle azioni e delle politiche che hanno consentito, agli atenei che le hanno ideate e messe in pratica, di ottenere punteggi più elevati nel ranking. Auspichiamo che possano fungere da stimolo per la realizzazione di pratiche simili (o migliori) nelle università che ne sono prive.

La realizzazione dell'indice di inclusione universitaria LGBT+

Il principale intento dello sviluppo di un indicatore che andasse a misurare il livello di inclusione LGBT+ nelle università italiane è stato quello di fornire un

² Il progetto *Universitrans* è realizzato dalla scrivente e da Antonia Caruso e Beatrice Starace, nonché finanziato dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) e dal Movimento di Identità Trans (MIT).

³ Russo, Addabbo, Muzzioli, De Baets (manuscript in preparation). *Tools and practices for LGBT+ inclusion in tertiary education: the development of LGBT+ University Inclusion Index and its application to Italian universities.*

quadro completo delle tutele presenti nelle nostre università, fino a quel momento mai realizzato.

Questo studio ha permesso, infatti, agli studenti e al personale d'ateneo (docente, ricercatore e tecnico-amministrativo) di poter scegliere, per la prima volta, in quale istituto ricevere la propria formazione o svolgere la propria attività lavorativa avendo conoscenza del livello di inclusione LGBT+ oltre che di tutta un'altra serie di informazioni fornite, periodicamente, da istituti nazionali di valutazione, come l'Agenzia Nazionale di Valutazione dell'Università e della Ricerca (ANVUR).

Allo stesso tempo, la nostra indagine ha permesso alle università di avere una maggiore consapevolezza dei propri punti di forza e di debolezza nella tutela del diritto allo studio per gli studenti LGBT+ e nella costruzione di un ambiente lavorativo volto al benessere psico-fisico del personale LGBT+.

Fornite di uno strumento di valutazione e confronto specifico, suddiviso in dimensioni (come a breve verrà illustrato), le università possono migliorare il proprio livello di inclusione LGBT+ più agilmente e rapidamente, come dimostrato dagli studi sull'applicazione del Campus Pride Index statunitense (Garvey, *et al.*, 2017).

Nel mese di Febbraio 2019 sono stati avviati i primi colloqui tra il nostro team di ricerca, cinque associazioni studentesche LGBT+ e la rete di Studenti Indipendenti LINK di Milano. Abbiamo ritenuto indispensabile confrontarci con la componente studentesca nella costruzione del questionario da somministrare agli atenei, come tra l'altro suggerito dalle Raccomandazioni sull'inclusione LGBT+ realizzate, nel gennaio 2019, in seno al convegno su "Le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere" tenutosi presso l'Università degli Studi di Pisa (Russo, 2019).

I gruppi di studenti con cui abbiamo collaborato sono stati quelli che hanno risposto ad una *call* realizzata digitalmente e inviata via email a tutte le associazioni studentesche LGBT+ (o alleate, ossia che in qualche modo svolgevano attività relative all'inclusione LGBT+ nell'ateneo in cui erano sorte o in cui operavano). Nella *call*, oltre a informare sul progetto, chiedevamo di collaborare con noi nella fase di definizione delle domande del questionario che avremmo, in seguito, inviato agli atenei per comprenderne il livello di inclusione LGBT+.

Nello specifico ci hanno manifestato il loro interesse:

- *Uni LGBT+Q*, Associazione Studentesca dell'Università degli Studi di Bologna;
- *Identità UniTe*, Associazione Studentesca dell'Università degli Studi di Torino;
- *Scienze Politiche LGBTQI+*, Associazione Studentesca dell'Università degli Studi di Napoli;
- *MoRe Gay*, Associazione Studentesca dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;

- *Glauco*, Associazione Studentesca dell'Università di Pisa;
- *Studenti Indipendenti Rete LINK*, dell'Università degli Studi di Milano.

La relazione e il confronto con tali gruppi sono avvenuti, nei casi in cui è stato possibile, di persona presso le loro sedi (Modena e Bologna). Con i gruppi geograficamente più distanti ci siamo confrontate tramite skype-call e via e-mail. Più precisamente, avevamo loro chiesto di svolgere dei *brain storming* intra-gruppo sull'inclusione LGBT+ nel proprio ambiente universitario, interrogandosi su quali fossero le dimensioni da tenere in considerazione nella valutazione di tale aspetto e di riportarci, per iscritto, le idee e le riflessioni così costruite.

Abbiamo, in seguito, analizzato i loro report, restituitici via email, rendendo i risultati ottenuti parte fondamentale del processo di costruzione e di ideazione dei 14 *items* che hanno poi composto il nostro questionario, nonché della sua struttura, presentata nella Figura 1.

La struttura del questionario, nella pratica, riflette quella del sistema dell'indicatore: la colonna 1 della Figura 1 si compone dei 14 quesiti che definiscono la survey.

Il questionario è stato, dunque, suddiviso in due macro-dimensioni: una relativa all'intero ambiente accademico e all'inclusione di tutta la popolazione LGBT+ e una rivolta specificatamente all'inclusione delle soggettività transgender, ritenute meritevoli di una sezione *ad-hoc* poiché maggiormente discriminate rispetto alle altre categorie considerate.

Analizziamo, ora, le due macro-dimensioni nel dettaglio.

L'inclusione LGBT+ nel contesto universitario

Questa prima macro-dimensione, denominata "Contesto" nel sistema del nostro indicatore (Fig. 1), concerne diversi aspetti individuati nei report realizzati dai gruppi studenteschi nonché nella letteratura analizzata (Iglyo, 2018; Koshiw, *et al.*, 2018; Graglia, 2019).

Innanzitutto risulta fondamentale il coinvolgimento dell'ateneo e del Comitato Unico di Garanzia (d'ora in poi CUG) nei progetti e nelle azioni compiute per combattere l'omo-bi-transfobia e per promuovere un contesto inclusivo e sicuro. Anche la collaborazione tra l'università e le associazioni studentesche LGBT+ (o alleate) è un elemento cruciale ai fini dell'inclusione.

Allo stesso tempo, l'inclusione della popolazione LGBT+ necessita di specifici servizi e strumenti di supporto e tutela: risulta di grande importanza la presenza di bagni *all-gender*, di servizi di *counselling* specifici per la popolazione LGBT+ nonché di procedure di *crime-report* per gli atti di violenza omo-bi-transfobici.

I docenti e il personale tecnico-amministrativo sono, inoltre, considerati tra i principali responsabili del benessere psico-fisico degli studenti e dei loro colleghi e hanno bisogno di formazione per essere in grado di prevenire e gestire gli atti

discriminatori, comunicare con un linguaggio correttamente orientato al genere e prendere coscienza delle problematiche connesse all'omo-bi-transfobia.

L'assenza di rappresentazione del mondo LGBT+ nei curricula e nei materiali di apprendimento, infine, impedisce di conoscere, discutere e fare ricerca sulle diversità sessuali, riaffermando stereotipi e stigma sociale. Per tale ragione, è risultata di grande importanza la presenza delle tematiche di genere nei corsi di studio e nei seminari.

Tutte questi aspetti sono stati riformulati sotto forma di quesito e hanno contribuito alla realizzazione delle prime 9 domande del questionario, che vanno poi a definire l'indicatore intermedio di inclusione del contesto accademico.

La sezione "contesto" è, a sua volta, suddivisa in tre ulteriori sotto-sezioni (Coinvolgimento, Servizi e Educazione-Formazione) che rappresentano il primo livello delle variabili intermedie ottenute dall'aggregazione parziale degli input iniziali, indispensabile per una puntuale comprensione del sistema dell'indice (Fig. 1).

L'inclusione delle persone transgender

Questa seconda macro-dimensione del nostro indicatore riguarda l'offerta, da parte degli atenei, dello strumento di inclusione rivolto alle persone transgender per eccellenza: la Carriera Alias⁴. Non tutti gli atenei dispongono di questo presidio e, quelli che lo hanno introdotto, prevedono modalità più o meno inclusive per il suo rilascio.

In quasi tutti gli atenei oggi dotati di carriera alias il richiedente deve presentare al referente accademico una documentazione che attesti l'inizio della transizione di genere, rendendo, di fatto, lo strumento di tutela accessibile unicamente per chi ha deciso di intraprendere un percorso ufficiale di transizione.

Questo criterio d'accesso risulta discriminatorio per tutte le soggettività transgender che non hanno intenzione di affrontare un percorso formale di transizione di genere ma che, nonostante ciò, non sentono di appartenere al sesso biologico assegnato loro alla nascita o che in esso non si riconoscono, così come per quelle che preferirebbero fosse usato nei loro confronti un pronome e un nome diversi da quelli originariamente e amministrativamente loro attribuiti.

Esiste, tuttavia, un'alternativa a questa modalità d'accesso e si tratta di un accordo, definito Accordo di Riservatezza e realizzato in seno al Convegno di Pisa del gennaio 2019, molto meno escludente: esso si stipula tra ateneo e persona richiedente all'unico fine di tutelare il benessere psico-fisico della persona transgen-

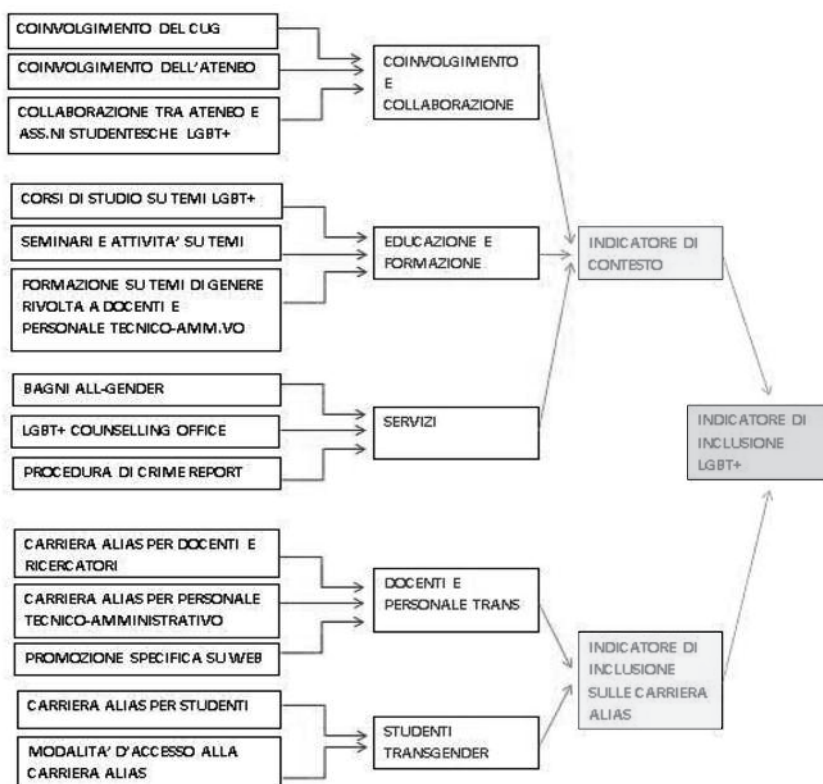
⁴ La Carriera Alias è uno strumento di tutela, valido solo all'interno dell'ateneo, che attribuisce alla persona richiedente (studente, docente, personale tecnico-amministrativo) una nuova identità digitale, un nuovo badge e un nuovo indirizzo email, riportanti il sesso e il nome di elezione. Per un approfondimento sulle origini di tale strumento e di quello che lo ha preceduto (il c.d. Doppio Libretto), nonché sui loro limiti e sulle modalità con cui essi si sono evoluti nel tempo, si veda Russo & Valerio, 2019.

der e in ragione del principio di autodeterminazione di genere⁵. Questa modalità, notevolmente più inclusiva, è oggi adottata dalle Università della Basilicata, di Verona, di Camerino e di Pisa.

Oltre alla presenza della carriera alias e alla sua modalità d'accesso, di grande importanza risulta anche la pubblicizzazione, su canali online d'ateneo, di questo strumento di tutela, il linguaggio adottato (se corretto e chiaro o se confondente e stigmatizzante) e la raggiungibilità di tali informazioni (calcolata in numero di click necessari a raggiungere la pagina web dedicata alle informazioni sulla carriera alias partendo da una ricerca standard, tramite il motore di ricerca Google, usando la dicitura "carriera alias ateneo degli studi di...").

Nel nostro questionario, e quindi nel nostro sistema di costruzione dell'indicatore di inclusione LGBTQ+, distinguamo tra l'inclusione delle soggettività transgender appartenenti alla comunità studentesca e quelle appartenenti alla componente docente, ricercatrice, e tecnico-amministrativa (Fig. 1).

Figura 1 - Sistema dell'indice di inclusione universitaria LGBTQ+, Dipartimento di Economia Marco Biagi.



Fonte: Russo, Addabbo, Muzzioli, De Baets (manuscript in preparation). *Tools and practices for LGBTQ+ inclusion in tertiary education: the development of LGBTQ+ University Inclusion Index and its application to Italian universities.*

⁵ Per visionare il testo integrale dell'Accordo di Riservatezza, si veda Russo & Valerio, 2019 (pp. 107-111).

Somministrazione della survey e applicazione dell'indicatore

La somministrazione della survey è avvenuta, digitalmente, nel mese di Marzo 2019, con l'invio di una e-mail indirizzata ai/alle presidenti dei CUG di 58 atenei pubblici italiani. L'email conteneva le principali informazioni sullo studio e sulle modalità di compilazione del file word ad essa allegato e contenente il questionario. Questo era da restituire, al medesimo indirizzo da cui proveniva, compilato e in formato pdf.

Il tasso di risposta ottenuto è stato del 100%. Nei casi di informazioni mancanti o incomplete, i/le presidenti dei CUG sono stati contattati telefonicamente dalla scrivente: in tal modo abbiamo ottenuto un database di informazioni integro. Nel mese di Giugno 2019 è stato dato avvio alla fase di elaborazione dei dati.

Nel frattempo avevamo costruito l'*LGBT+ Inclusive University Index* tramite la tecnica denominata Fuzzy Logic (Zadeh, 1965). In questa sede non si intende approfondire le logiche di questa metodologia né i dettagli tecnici che hanno caratterizzato lo sviluppo del sistema dell'indicatore. Si vuole, tuttavia, evidenziare alcune delle ragioni che ci hanno condotto alla scelta della logica Fuzzy.

Si tratta, innanzitutto, di una tecnica che permette di costruire sistemi esperti e complessi rendendoli di semplice interpretazione: questo era per noi un punto cruciale. Grazie all'uso di "regole linguistiche" in sostituzione di quelle numeriche, la realizzazione dell'indicatore è facilmente comprensibile, nelle sue varie fasi, anche dai non addetti ai lavori. Ancor più semplicemente comprensibili risultano i risultati ottenuti.

La Fuzzy Logic ci ha permesso, inoltre, di attribuire un "grado di appartenenza" alla veridicità di una data proprietà che può essere, oltre che vera o falsa, anche vera (o falsa) parzialmente. I bagni all-gender, ad esempio, possono essere presenti o meno in ateneo. Tuttavia la nostra valutazione non si è limitata alla loro presenza ma ha indagato sulla loro numerosità, diffusione, promozione e modalità comunicativa della promozione.

Infine, questa tecnica ci ha permesso di attribuire a ogni input iniziale, ossia ad ogni quesito presente nel questionario, un peso che definisce l'incidenza che quell'input (quesito) ha sul livello generale di inclusione LGBT+. In altre parole, non tutti gli input (non tutti i quesiti) influiscono sugli indicatori intermedi (di Contesto e di Inclusione sulle Carriere Alias, in grigio chiaro nella Fig. 1) e sull'indicatore finale (in grigio più scuro nella Fig. 1) allo stesso modo.

Per associare ad ogni quesito un peso che corrispondesse il più possibile alla realtà dei fatti, e non solamente alla nostra percezione della realtà, abbiamo interpellato quattro esperti⁶, quattro associazioni studentesche LGBT+⁷ e la Confe-

⁶ Gli esperti sono: Paolo Valerio, Professore Ordinario di psicologia clinica presso l'Università degli Studi Federico II di Napoli, Delegato del Rettore per gli studenti con disabilità, Direttore del Centro di Ricerca Universitario SInAPSi, Dirigente dell'Area Funzionale di Psicologia dell'Azienda Universitaria Policlinico Federico II, Presidente della Fondazione Genere Identità e Cultura (GIC), Presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG); Lorenzo Bernini, Professore

renza Nazionale degli Organismi di Parità delle Università. Questi hanno avuto modo di esprimere la propria opinione rispondendo a un questionario, loro inviato via email, in cui gli si chiedeva di assegnare ad ogni *item* il relativo peso che, secondo la propria esperienza e il proprio vissuto, esso aveva sull'inclusione LGBT+ in ateneo.

Nella email gli veniva inoltre spiegato che il peso da associare poteva variare da 0 a 3, in cui 0 corrispondeva a “questo quesito non ha nulla a che vedere con l'inclusione LGBT+ in ateneo” mentre 3 corrispondeva a “questo quesito è fondamentale per l'inclusione LGBT+ in ateneo”.

In tal modo abbiamo ottenuto tre diversi punti di vista: quello degli studenti LGBT+, quello di alcuni noti esperti conoscitori del panorama accademico italiano LGBT+ e delle sue criticità, e quello dell'organismo posto a vertice di tutti i CUG universitari.

Per tenere conto di le informazioni ottenute, abbiamo adottato nel nostro sistema la media aritmetica dei punteggi attribuiti da tutti gli interpellati, ritenendolo il miglior compromesso.

Il software adottato nella realizzazione dell'indice di inclusione LGBT+ è Fuzzy Tech e il ranking ottenuto dalla sua applicazione ai 58 atenei italiani indagati è visualizzabile nella Tabella 1.

Si noterà che, a ogni ateneo, viene non solamente attribuito un punteggio (da 0 a 100) sull'inclusione LGBT+ nell'ambiente educativo (ultima colonna in grigio scuro) ma anche dei punteggi intermedi. Partendo da sinistra possiamo visualizzare il punteggio ottenuto nelle sotto-dimensioni: Educazione e Formazione; Coinvolgimento e Collaborazione; Servizi. Queste tre dimensioni confluiscono, come già anticipato, nell'indicatore di inclusione di Contesto (prima colonna evidenziata in grigio chiaro). Proseguendo, osserviamo il punteggio ottenuto in relazione all'inclusione degli studenti e del personale transgender, nonché alla modalità di accesso alla carriera alias. Queste ultime due dimensioni confluiscono nel secondo indicatore di inclusione intermedio relativo alle Carriera Alias (seconda colonna evidenziata in grigio chiaro).

Associato di filosofia politica, Direttore del Centro di Ricerca Politesse, Referente della Carriera Alias dell'Università degli Studi di Verona; Anna Lorenzetti, Ricercatrice del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Bergamo, Docente di Analisi di Genere e Diritto Antidiscriminatorio, Politiche per l'integrazione e diritto delle ONG, Violenze di genere: profili giuridici e psico-sociali; Emidio Albertini, Professore Associato del Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari e Ambientali dell'Università degli Studi di Perugia, Referente Carriere Alias dell'Università degli Studi di Perugia.

Lorenzo Bernini ed Emidio Albertini sono anche i primi e unici due referenti della Carriera Alias che hanno permesso, nei loro rispettivi atenei, di accedere allo strumento di tutela senza la necessità di presentare una documentazione ufficiale di inizio transizione di genere, nonostante le delibere di introduzione stabilissero il contrario (per Verona, la Delibera del 23 Settembre 2014 e, per Perugia, la Delibera 777 del 2016).

⁷ Le Associazioni Studentesche LGBT+ sono: Identità UniTe, dell'Ateneo di Torino, MoRe Gay, dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia, Glauco, dell'ateneo di Pisa, Scienze Politiche LGBTIQ+ dell'Ateneo di Napoli.

Tabella 1 - Ranking deli atenei pubblici italiani.
Indice di inclusione universitaria LGBT+.

Universities	Education and Employees' Training	Involvement and Collaboration	Services	Context Index	Students Alias Career and Access Criteria	Employees Alias Career	Alias Careers Inclusivity Index	LGBT Index
Verona	58.33	56.25	75.00	60.00	100.00	100.00	100.00	70.00
Basilicata	18.75	83.33	75.00	54.17	100.00	100.00	100.00	65.62
Napoli Federico II	100.00	50.00	25.00	66.67	39.81	30.00	32.24	55.00
Torino	75.00	70.00	50.00	70.83	50.00	0.00	33.33	53.12
Pisa	57.14	75.00	75.00	61.90	45.76	0.00	30.51	52.39
Padova	18.75	91.67	50.00	56.67	50.00	0.00	33.33	50.00
Calabria	75.00	71.87	75.00	73.33	0.00	0.00	0.00	50.00
Salento	25.00	100.00	50.00	66.67	0.00	0.00	0.00	50.00
Perugia	41.67	83.33	0.00	50.00	63.18	0.00	42.12	47.92
Bologna	68.75	45.83	75.00	58.33	45.76	0.00	30.51	47.88
Trento	42.85	71.87	50.00	53.33	45.76	0.00	30.51	47.72
Bergamo	58.33	32.14	75.00	50.00	50.00	0.00	33.33	46.88
Camerino	16.67	54.17	50.00	38.10	50.00	75.00	66.67	46.88
Milano Bicocca	58.33	30.00	50.00	45.24	45.76	30.00	37.46	46.43
Ferrara	31.25	54.17	50.00	45.24	50.00	43.75	34.83	46.43
Roma La Sapienza	18.75	45.83	75.00	41.67	45.76	0.00	30.51	43.75
Modena e Reggio Em	18.75	45.83	75.00	41.67	50.00	0.00	33.33	43.75
Venezia IUAV	25.00	45.83	0.00	26.67	93.38	56.25	78.10	43.75
Bari	41.67	67.86	50.00	54.76	39.81	0.00	26.54	43.22
Cagliari	16.67	66.67	75.00	45.83	39.14	0.00	26.09	42.13
Pol. Milano	18.75	65.00	75.00	45.83	39.14	0.00	26.09	42.13
Salerno	42.85	71.87	16.67	50.00	39.14	0.00	26.09	42.01
Brescia	29.17	45.83	75.00	45.24	39.81	0.00	26.54	42.01
Pol. Torino	0.00	71.87	50.00	41.67	39.81	30.00	32.24	42.01
Siena	31.25	33.33	25.00	37.50	50.00	0.00	33.33	40.62
Udine	18.75	32.14	75.00	38.10	45.76	0.00	30.51	39.78
Pavia	16.67	54.17	50.00	38.10	39.14	0.00	26.09	36.87
Urbino Carlo Bo	18.75	28.12	75.00	38.10	39.81	0.00	26.54	36.77
Trieste	18.75	45.83	50.00	36.11	39.14	32.14	33.22	36.37
Firenze	16.67	60.00	16.67	36.11	39.14	0.00	26.09	35.19
Palermo	42.85	28.12	16.67	33.33	39.81	0.00	26.54	34.95
Venezia Cà Foscari	25.00	16.67	50.00	27.78	50.00	0.00	33.33	33.33
Insubria	0.00	45.83	16.67	25.00	45.76	37.50	41.67	31.25
Milano	18.75	43.75	50.00	29.17	39.14	32.14	33.22	29.79
Parma	29.17	16.67	50.00	25.00	39.14	0.00	26.09	29.51
Pol. Bari	0.00	33.33	50.00	22.22	39.81	30.00	32.24	29.51
Roma 2 Tor Vergata	0.00	16.67	75.00	27.78	39.81	0.00	26.54	29.11
Genova	18.75	28.12	50.00	25.00	39.81	0.00	26.54	28.70
Chieti e Pescara	31.25	35.00	50.00	37.50	0.00	0.00	0.00	28.12
Napoli L'Orientale	18.75	16.67	50.00	23.33	39.81	0.00	26.54	28.09
Sassari	0.00	33.33	50.00	22.22	39.81	0.00	26.54	26.15
Macerata	16.67	30.00	16.67	18.75	39.81	0.00	26.54	26.04
Marche	0.00	0.00	16.67	0.00	50.00	0.00	33.33	25.00
Messina	0.00	16.67	50.00	16.67	39.81	0.00	26.54	22.45
Piemonte Orientale	31.25	16.67	50.00	29.17	0.00	0.00	0.00	21.87
Tuscia	25.00	15.00	50.00	26.67	0.00	0.00	0.00	20.00
L'Aquila	0.00	16.67	16.67	10.00	39.14	0.00	26.09	18.67
Catania	16.67	16.67	50.00	23.33	0.00	0.00	0.00	17.50
Roma Tre	25.00	0.00	16.67	16.67	0.00	0.00	0.00	12.50
Foggia	18.75	0.00	50.00	16.67	0.00	0.00	0.00	12.50
Napoli Parthenope	16.67	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	8.33
Sannio	16.67	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	8.33
Reggio Calabria	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Catanzaro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cassino	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Teramo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Campania Vanvitelli	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Molise	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fonte: Russo, Addabbo, Muzzioli, De Baets (manuscript in preparation). *Tools and practices for LGBT+ inclusion in tertiary education: the development of LGBT+ University Inclusion Index and its application to Italian universities.*

Best Practices di inclusione LGBT+ e impatto sul ranking

Nel corso del nostro studio e, nello specifico, nella fase di analisi dei dati ottenuti dai questionari compilati dai 58 CUG interpellati, ci siamo imbattute in una serie di pratiche specifiche molto impattanti sull'inclusione LGBT+ nell'ambiente accademico. Progettate, nella maggior parte dei casi, dai membri dei CUG stessi o nate dagli sforzi e dalle energie di singoli docenti o tecnici afferenti a specifici dipartimenti, le migliori pratiche di inclusione adottate in Italia variano da centri di consulenza sessuale gratuita a veri e propri festival culturali LGBT+.

Tali pratiche hanno permesso ai relativi atenei in cui sono state realizzate di ottenere punteggi molto alti nella correlata dimensione considerata dall'indicatore. Ad esempio, l'ateneo di Napoli, nell'a.a. 2018/2019 introduce un corso di formazione obbligatoria, rivolto a tutto il personale docente, ricercatore, tecnico-amministrativo e dirigenziale d'ateneo e concernente tematiche di genere ai fini della costruzione di un ambiente più inclusivo e rispettoso. Questo gli ha permesso di ottenere un punteggio pari a 100/100 nella dimensione "Education and Employees Training" (Tab. 1), ossia in "Educazione e Formazione".

Gli esempi sono numerosi e diversi e, qui di seguito, ne sarà esposto un elenco che non può considerarsi esaustivo ma che darà un'idea abbastanza chiara del panorama accademico nazionale circa le politiche anti-discriminatorie adottate, alla loro utilità e a quanto potrebbe esser fatto per migliorare l'inclusione negli ambienti accademici.

Accordo di riservatezza

Nell'a.a. 2018/2019 quarantuno università pubbliche risultano essere dotate di Carriera Alias per gli studenti. Di questi quarantuno atenei, sono quattordici quelli che hanno esteso la possibilità di richiedere la Carriera Alias anche al personale docente e tecnico-amministrativo ed esse sono:

IUAV di Venezia, l'Università degli Studi di Udine, di Torino, di Milano, di Napoli, di Verona, l'ateneo Bicocca di Milano e, dall'a.a. 2018/2019, gli atenei di Salerno, di Trieste, di Ferrara (che adottava in precedenza il doppio libretto), dell'Insubria, di Bari, l'Università La Sapienza di Roma e le Università della Basilicata e di Camerino.

Sino allo scorso anno accademico (a.a. 2017/2018), solamente due università permettevano ai richiedenti di accedere alla carriera alias senza presentare una documentazione ufficiale di inizio percorso di transizione: l'ateneo di Verona (referente: Professore Lorenzo Bernini) e l'ateneo di Perugia (referente: Professore Emidio Albertini).

L'esperienza di queste due università ha stimolato l'intera comunità accademica al dibattito e al confronto. In seno al convegno "Le discriminazioni per orientamento sessuale e per identità di genere", tenutosi a Pisa il 17/18 gennaio 2019, è stato costituito un tavolo di lavoro (moderato dalla scrivente e da Beatrice Sta-

race⁸) con l'obiettivo di redigere un documento, definito in quella stessa sede "Accordo di riservatezza", che permettesse di accedere alla Carriera Alias a tutte le persone transgender⁹.

Al tavolo di lavoro era presente Patrizia Tomio, presidente della *Conferenza Nazionale Degli Organismi di Parità delle Università*, che si è fatta promotrice dell'iniziativa, coinvolgendo la *Conferenza dei Rettori delle Università Italiane* (CRUI), divenuta la principale destinataria dei documenti prodotti.

Il lavoro si è concentrato sulla definizione della formula, da inserire nell'accordo, che permettesse di cogliere l'importanza del principio di Autodeterminazione di Genere e il risultato è qui riportato:

«Sulla base del principio di autodeterminazione di genere, l'Università raccoglie la volontà del/della richiedente e, a tutela del benessere psico-fisico della persona che ne fa richiesta, si impegna ad attivare la Carriera Alias, mediante assegnazione di una identità provvisoria, transitoria e non consolidabile e a predisporre e rilasciare un nuovo tesserino magnetico indicante cognome, nome alias scelto ed un nuovo indirizzo email, coerente con il nome di elezione»¹⁰.

Questa formula, innovativa e pionieristica, consente di mettere in luce il concetto di autodeterminazione, rimuovendo, almeno dagli ambienti accademici, il controllo istituzionale sui corpi.

Il 7 maggio 2019 l'Ateneo della Basilicata introduce, per primo in Italia, la Carriera Alias secondo i criteri introdotti al tavolo di lavoro di Pisa, adottando l'Accordo di Riservatezza nella sua versione originale ed estendendo la tutela anche agli ospiti di ateneo, oltre che al corpo studente, docente e al personale tecnico-amministrativo. Il lavoro svolto dal CUG di ateneo della Basilicata, presieduto dalla Professoressa Annamaria Salvi, diviene esemplare nel panorama nazionale.

All'Università della Basilicata seguono rapidamente l'Università degli Studi di Verona che ufficializza l'adozione dell'Accordo di Riservatezza il 14 giugno 2019 e l'Ateneo di Camerino, che introduce l'Accordo il 26 giugno 2019. Segue, più di recente, l'università degli Studi di Pisa.

L'introduzione dell'Accordo di Riservatezza consente a tali università di ottenere punteggi molto più elevati rispetto a quelli ottenuti dagli altri atenei nell'indicatore relativo all'inclusione delle soggettività transgender e alla carriera alias (Tab. 1). Il nostro ranking è aggiornato al 14 giugno 2019, motivo per cui non

⁸ Beatrice Starace è, assieme alla scrivente e a Antonia Caruso, una delle tre co-fondatrici del progetto Universitrans.

⁹ Per approfondire il significato del termine transgender ed il suo uso come termine-ombrello, si veda P. Currah (2006). *Gender pluralisms under the transgender umbrella. Transgender rights*, 3-31.

¹⁰ Per il testo integrale dell'accordo di riservatezza si rimanda a T. Russo, P. Valerio (2019). *Transgenderismo e identità di genere: dai manuali nosografici ai contesti. Un focus sulle università italiane*. Rivista Sperimentale di Freniatria. Vol. CXCLIII(2).

sono palesi i nuovi punteggi ottenuti da Pisa e Camerino. Tuttavia è facile notare come Verona e Basilicata abbiano ottenuto un punteggio molto elevato (pari a 100/100) grazie all'introduzione di questa buona pratica.

Protocollo operativo per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione LGBTQI

Il 19 aprile 2019 viene siglato il secondo protocollo, quello operativo, per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione LGBTQ dall'ateneo di Modena e Reggio Emilia¹¹, dal Comune e dalla Provincia di Reggio Emilia, dall'Ufficio scolastico di Reggio Emilia, dal Tribunale di Reggio Emilia, dall'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, dalla Fondazione Mondinsieme, dall'Istituzione Scuole e Nidi dell'infanzia di Reggio Emilia, dalla Fondazione per lo Sport e dagli Istituti Penali Di Reggio Emilia - C.C. C.R, oltre che dall'associazione Arcigay Gioconda.

Con tale accordo le istituzioni sopra elencate sigillano una collaborazione avviata nel 2015, con l'intento di combattere la discriminazione per orientamento sessuale e identità di genere e che le ha viste sottoscrivere il 17 maggio 2017 il primo protocollo, quello di intesa sui principi.

Nel secondo protocollo sono state messe a punto una serie di azioni di intervento come l'uso di un linguaggio inclusivo e rispettoso delle diversità (sia nella modulistica che nella comunicazione verbale), l'introduzione di bagni all-gender, l'adozione della Carriera Alias e altre importanti innovazioni, questo team inter-istituzionale, coordinato dalla Dott.ssa Margherita Graglia, ha dato il via ad una buona pratica degna di nota¹².

L'attuazione di questo protocollo ha permesso all'Università di Modena e Reggio Emilia di ottenere un punteggio di 75/100 nella dimensione correlata ai servizi offerti dall'ateneo per migliorare l'inclusione LGBT+.

Corso di studi in storia dell'omosessualità¹³

L'Università degli Studi di Torino ha organizzato, nel 2018, il primo corso di studi in Storia dell'omosessualità, presso il Dipartimento di Arte, Musica e Spettacolo (DAMS). Gestito dalla professoressa Maya De Leo, questo corso facoltativo esplora le rappresentazioni e le narrazioni LGBT+ e queer nei vari contesti sociali ed in diverse epoche storiche.

L'introduzione nei curricula scolastici e accademici di tematiche antidiscriminatorie con un focus sulle questioni LGBT+ rientra tra le azioni suggerite nella

¹¹ Per l'ateneo di Modena e Reggio Emilia, la referente istituzionale al tavolo di lavoro è la dott.ssa Curzia Emma Moretti, mentre la prof.ssa Franca Poppi ha sottoscritto i protocolli in rappresentanza dell'Università.

¹² Per approfondire la conoscenza del protocollo operativo interistituzionale si veda M. Graglia (2019) *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone pratiche per l'inclusione*. Carocci Faber.

¹³ URL: https://cdsdams.campusnet.unito.it/do/corsi.pl/Show?_id=a547, consultato il 22 Settembre 2019.

Strategia Nazionale LGBT redatta dall'Ufficio Nazionale Anti-discriminazioni Razziali (UNAR) e approvata dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri il 29 aprile 2013¹⁴.

La buona pratica di introdurre nei curricula trattazioni e argomenti LGBT+ ha permesso all'ateneo di Torino di ottenere un punteggio pari a 75/100 nella dimensione connessa a "Educazione e Formazione" (Tab. 1).

Promozione della cultura delle differenze¹⁵

Nel 2018, l'Università degli Studi Federico II di Napoli, in collaborazione con il Centro di Ricerca SInAPSi, ha organizzato un corso di formazione obbligatorio, rivolto a tutto il personale d'ateneo (dirigenziale, docente e tecnico-amministrativo), denominato "La promozione della Cultura delle Differenze". Si è trattato del primo corso di formazione rivolto a ogni singolo dipendente/collaboratore d'ateneo con ad oggetto tematiche LGBT+.

L'Ateneo Federiciano ha ottenuto un punteggio di 100/100 nella dimensione "Educazione e Formazione" per aver formato l'intero personale accademico (Tab. 1).

SeCS Cathedra

SeCS Cathedra è un innovativo servizio di consulenza sessuologica, offerto gratuitamente dall'Università Tor Vergata di Roma dal 2017. Il team di lavoro è composto da psicologi, sessuologi ed endocrinologi, coordinati dal responsabile del servizio Emmanuele A. Jannini, endocrinologo e andrologo, professore ordinario di Endocrinologia e Sessuologia Medica. SeCS Cathedra si rivolge a studenti, docenti, ricercatori e personale tecnico-amministrativo con l'intento di migliorare il benessere psico-fisico di tutta la comunità universitaria.

Questo servizio ha consentito all'Ateneo di Tor Vergata di ottenere un punteggio di 75/100 nella sezione relativa ai "Servizi" offerti dall'ateneo per l'inclusione LGBT+ (Tab. 1).

Festival delle donne e dei saperi di genere¹⁶

Dal 2011 l'Università degli Studi di Bari organizza, in collaborazione con differenti partner, il Festival delle Donne e dei Saperi di Genere. Si tratta di un evento dalla durata di due settimane corredato da un importante programma di seminari,

¹⁴ URL: http://www.unar.it/wp-content/uploads/2017/12/LGBT-strategia-unar-17_24.pdf, consultata il 3 Ottobre 2019.

¹⁵ URL: https://www.unina.it/documents/11958/16150183/024913_12-03-2018.pdf, consultato il 22 Settembre 2019.

¹⁶ URL: <https://www.uniba.it/eventi-alluniversita/2019/festival-delle-donne-e-dei-saperi-di-genere>, consultato il 22 Settembre 2019.² Il progetto Universitrans è realizzato dalla scrivente e da Antonia Caruso e Beatrice Starace, nonché finanziato dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) e dal Movimento di Identità Trans (MIT).

workshops, conferenze, spettacoli teatrali, documentari (e altro) su tematiche LGBT+, discriminazioni sessiste e omotransfobiche, intersezionalità, corporeità, e altri temi simili.

La realizzazione di questo festival, la collaborazione con diversi co-organizzatori e la sua continuità negli anni hanno consentito all'ateneo di Bari di realizzare un punteggio pari a 67.86/100 nella sezione "Coinvolgimento e Collaborazione" (Tab. 1).

L'introduzione della rete del benessere

L'11 dicembre 2018 l'ateneo di Padova ha organizzato un incontro aperto a tutta la comunità accademica per presentare la propria "Rete del Benessere": l'insieme dei servizi messi a disposizione dall'ateneo a tutela di tutte le soggettività discriminate e dei relativi referenti. Tutta la popolazione accademica è stata invitata a parteciparvi e al personale docente e tecnico-amministrativo è stato fornito un permesso lavorativo. L'intento di questo incontro è di rendere tutti consapevoli dell'esistenza di una rete di tutele e servizi rivolti alle minoranze e contro le discriminazioni. L'evento è stato anche sponsorizzato da Il-BO Live, il magazine online dell'Università degli Studi di Padova (<https://ilbolive.unipd.it/it/event/rete-benessere-dellateneo-padova>).

L'Università di Padova si distingue, in tal modo, nella dimensione "Coinvolgimento e Collaborazione", ottenendo un punteggio di 91/100.

È possibile prendere spunto da queste pratiche e la loro divulgazione risulta di rilevante importanza: con il nostro studio gli atenei sono, d'improvviso, dotati non solamente di un ranking che li classifica in base a chi meglio include le soggettività LGBT+ nei propri ambienti, ma di uno strumento di confronto, suddiviso in dimensioni, che facilmente fa intuire cosa necessita di esser migliorato e con quali modalità è possibile farlo. Importante è, infine, tenere sempre a mente che un indicatore non sarà mai in grado di rappresentare perfettamente la realtà e che, dunque, il nostro lavoro non ha l'ambizione di voler raccontare nel dettaglio cosa accade nei singoli ambienti universitari bensì di volerne accelerare l'inclusione, fornendo informazioni, conoscenza e strumenti di valutazione, analisi e confronto.

Conclusioni

Esiste un concetto definito "libertà accademica" che contempla la libertà di studenti, docenti e ricercatori di esprimere le proprie idee e le proprie opinioni, di fare ricerca e pubblicare i propri studi senza alcun controllo né alcun tipo di coercizione da parte delle istituzioni. È un concetto molto antico che risale all'XI secolo e che può essere declinato in molti modi. Richiamando Russo, Addabbo, Muzzioli (*Manuscript in preparation*), per libertà accademica s'intende (anche) la libertà delle persone LGBT+ di lavorare e studiare in un ambiente non discriminante e inclusivo. È sulla base di questo principio che è stato realizzato il pri-

mo indice di inclusione universitaria LGBT+ e che è stato stilato un elenco di best practices di inclusione. L'intento di questo lavoro, da un lato, riguarda la necessità di avere un quadro chiaro e completo dello *status-quo* sulle politiche adottate dagli atenei per il benessere della comunità LGBT+ e di fornire uno strumento di benchmarking che responsabilizzi le università, e dall'altro concerne il bisogno di diffondere pratiche, strumenti di tutela e politiche affinché divengano parte integrante della vita accademica di tutte le istituzioni universitarie, e non più di una sola parte.

In termini di implicazioni di policies, uno dei principali risultati consiste nell'evidenziata necessità di protocolli operativi e piani d'azione che riguardino tutte le dimensioni identificate nella realizzazione dell'indice di inclusione LGBT+ e non solamente alcune di esse, a differenza di quanto accade attualmente. Si raccomanda, dunque, una strategia d'intervento, messa in atto da ogni singolo ateneo, che sia volta a migliorare tutte le sotto-dimensioni identificate nello studio. Ricordando che ogni università ha le proprie caratteristiche e le proprie specificità, nella definizione di una progettazione finalizzata all'inclusione LGBT+ si raccomanda la collaborazione con le associazioni studentesche LGBT+ o alleate, così come l'ideazione di interventi innovativi, mantenendo un approccio fluido e aperto alle diversità (lo stesso approccio che ha condotto alla realizzazione dell'Accordo di Riservatezza).

Infine, si suggerisce l'introduzione dell'indice di inclusione universitaria LGBT+ negli studi nazionali che si occupano di valutare le Università, soprattutto in quelli in cui è coinvolta la dimensione del Diritto allo Studio e quella del benessere lavorativo. Non si preclude la possibilità di applicare l'indicatore ad altri ambienti o, con le opportune modifiche, ad altre categorie discriminate.

«L'analisi dello stato del diritto allo studio universitario in Italia effettuata in questo capitolo si è necessariamente concentrata sugli aspetti monetari. Una interpretazione più completa di "diritto allo studio" richiederebbe analisi di come il sistema universitario risponda anche a tutte le esigenze, materiali, fisiche e psicologiche degli studenti, comprese quelle dettate dalle diversità che gli studenti esprimono. Come primo passo in questa direzione sembra utile fornire, nel box seguente, alcune informazioni relativamente alla tutela delle soggettività in transizione di genere» (ANVUR, p. 258).

Con questa premessa l'ANVUR pubblica, nel suo Rapporto del 2018, il primo box relativo alla presenza delle carriere alias nelle nostre università (Russo, 2018, pp. 258-259). La riportiamo, in conclusione di questo articolo, con l'auspicio che questo "primo passo" di cui si narra possa essere realmente seguito dall'introduzione dell'indice di inclusione universitario LGBT+ nella procedura di valutazione degli atenei, affinché diventi concreto criterio di valutazione e non solo indicatore supplementare di benessere.

Bibliografia

- Almeida J., Johnson R.M., Corliss H.L., Molnar B.E. & Azrael D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of youth and adolescence*, 38: 1001-1014.
- ANVUR (2018). *Rapporto biennale sullo stato del sistema universitario e della ricerca*.
- Currah P. (2006). Gender pluralisms under the transgender umbrella. *Transgender rights*, 3-31.
- D'augelli A.R. (1989). Lesbians' and gay men's experiences of discrimination and harassment in a university community. *American Journal of Community Psychology*, 17: 317-321.
- Ellis S.J. (2009) Diversity and inclusivity at university: A survey of the experiences of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT+) students in the UK. *Higher Education*, 57: 723-739.
- Fundamental Rights Agency (FRA) (2016). *Professionally speaking: challenges to achieving equality for LGBT+ people*. Vienna: Fundamental Rights Agency.
- Garvey J.C., Taylor J.L. & Rankin S. (2015). An examination of campus climate for LGBTQ community college students. *Community College Journal of Research and Practice*, 39: 527-541.
- Garvey J.C., Rankin S., Beemyn G. & Windmeyer S. (2017). Improving the campus climate for LGBTQ students using the Campus Pride Index. *New Directions for Student Services*, 2017: 61-70.
- Graglia M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento. Buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.
- Hughes B.E. (2018). "Coming out in STEM: Factors affecting retention of sexual minority STEM students", *Science Advances*, 4: 63-73.
- Kosciw J.G., Greytak E.A., Zongrone A.D., Clark C.M. & Truong N.L. (2018). *The 2017 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.
- Pachankis J.E. & Bränström R. (2019). "How many sexual minorities are hidden? Projecting the size of the global closet with implications for policy and public health" *PLoS one*, 14.
- Russo T. (2019). *Le tutele per le persone transgender nelle università italiane*. In: *Le Discriminazioni sull'Orientamento Sessuale e l'Identità di Genere*, a cura di Elettra Stradella. Pisa: University Press.
- Russo T. & Valerio P. (2019). "Transgenderism and gender identity: from nosographic manuals to contexts. A focus on Italian universities", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXLIII: 79-112.
- Unesco (2017). *School Violence and Bullying: Global Status Report*. Unesco, Paris.
- Yglio (2018). *LGBT+ Inclusive education report*. Bruxelles.

Intersex/DSD: riflessioni e considerazioni

Massimo Di Grazia*

Sommario - Dopo la Chicago Consensus Meeting del 2005 e pubblicata nel 2006, i “Disorders of Sex Development” sono stati tradotti in italiano in Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSD), definiti come condizioni congenite all’interno delle quali lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico e anatomico è atipico. La comunicazione aperta e continua con le persone interessate e i loro genitori deve essere centrata sul far maturare la consapevolezza che la condizione di Intersex/DSD permane per tutta la vita, e sul miglioramento della qualità di vita attraverso un processo evolutivo psico-sessuologico. I gruppi di supporto sono una grande risorsa sia per le persone interessate e i loro famigliari e sia per i sanitari. Per la presa in carico di queste persone è necessario una rete multidisciplinare e multidimensionale con professionalità capaci di lavorare in rete e che sappiano seguire queste persone dall’età pediatrica all’età adulta.

Parole chiave: *Intersex/DSD, Multidisciplinare, Psico-sessuologico, Identità sessuale.*

Abstract - Intersex/DSD: reflections and considerations

After the Chicago Consensus Meeting in 2005 and published in 2006, the “Disorders of Sex Development” were translated into Italian in Sexual Development Disorders (DSD), defined as congenital conditions within which the development of chromosomal, gonadal and anatomic is atypical. Open and continuous communication with the persons concerned and their parents must be centered on developing the awareness that the condition of Intersex/DSD remains throughout life, and on improving the quality of life through a psycho-sexual evolutionary process. Support groups are a great resource both for interested people and their families and for health professionals. To take charge of these people, a multidisciplinary and multidimensional network is needed with professionals capable of working in a network and who know how to follow these people from the pediatric age to adulthood.

Key words: *Intersex/DSD, Multidisciplinary, Psycho-sexual, Sexual identity.*

Introduzione storica della definizione

Dopo la Chicago Consensus Meeting del 2005 e pubblicata nel 2006, i “Disorders of Sex Development” sono stati tradotti in italiano in Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSD), definiti come condizioni congenite all’interno delle quali lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico e anatomico è atipico (Lee, *et al.*, 2016). La percezione e l’approccio del processo diagnostico e di cura delle persone con Intersex/DSD è in continua trasformazione grazie, da una parte, ai processi di consapevolezza sociale culturale con il grande contributo dei Support Groups e, dall’altra, alla nuova visione delle Società Scientifiche che stanno rivedendo le loro posizioni sull’identità sessuale aggiungendo i punti di vista antropologico, sociologico e sessuologico. L’attuale nomenclatura rimane controversa in quanto

* *Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo. Professore a contratto presso Università degli Studi di Padova in Psicologia della Sessualità.*

è una classificazione medica e si basa in gran parte sullo stato genetico e dei parametri clinici medici delle persone con tali condizioni. All'interno del progetto della Cooperazione Europea in Campo Scientifico e Tecnologia (COST) Azione "DSDnet", ci si è dedicati, tramite il lavoro di un Focus Group di clinici, discipline pertinenti e rappresentanti dei pazienti al tema "standardizzazione della valutazione clinica degli individui che hanno un DSD" (Cools, *et al.*, 2018). Balocchi usa il termine intersessualità e non "disordini dello sviluppo sessuale" o DSD "Disorders of Sex Development", terminologia adottata negli ultimi anni in ambito medico, per almeno tre ragioni. In primo luogo (a) perché DSD richiama e suggerisce una condizione patologica, "disordinata", deviante nello sviluppo sessuale della persona, mentre le varie forme d'intersessualità non sono necessariamente correlate a una patologia o a condizioni mediche. In secondo luogo (b) perché con intersessualità si possono comprendere tutte le diverse forme e variazioni, da quelle che si palesano fin dalla nascita a quelle che emergono in età puberale fino a quelle che possono anche non venir mai scoperte mentre la persona è in vita. Quindi l'uso del termine non solo non implica che vi sia una condizione medica (punto "a"), ma nemmeno che essa sia comune a tutte le diverse forme d'intersessualità, cosa che infatti non è. Infine (c), con il termine intersessualità si vuole porre l'accento sugli aspetti di costruzione culturale, sociale e storica della stessa e sulla dimensione delle relazioni politiche e di potere che interessano i corpi, la sessualità, le identità di genere e gli orientamenti sessuali (Balocchi, 2010). Hiort nel 2014 da una definizione "Differenze di Sviluppo Sessuale (DSD)" che comprende un ampio gruppo di condizioni congenite del tratto urogenitale e riproduttivo, che influenzano la determinazione del sesso umano e/o differenziazione (Hiort, *et al.*, 2014). Una terminologia, a mio parere più ampia e meno medicalizzante, è: Differenziazione dello Sviluppo con Qualità Atipica. In questo articolo userò sempre l'espressione Intersex/DSD come termine ombrello di tutte le condizioni.

Epidemiologia

La terminologia ha creato negli anni una confusione riguardo i dati epidemiologici dell'incidenza delle varie condizioni (Blackless, *et al.*, 2000) portando alla mancanza di un dato robusto specifico. Si stima che l'incidenza dei DSD con genitali atipici sia di circa 1 su 4.500-5.500 (Sax, *et al.*, 2002). Il tasso d'incidenza di un DSD tra i soggetti con 46 XY è stimato essere di 1 su 20.000 nascite. I DSD ovotesticolare sono stati stimati essere in 1 su 100.000 nati vivi (Nistal, *et al.*, 2015). La frequenza del testicolo o la disgenesia gonadica mista è stimata in 1:10.000 (Skakkebaek, *et al.*, 2001). L'incidenza mondiale di 46, XX DSD, consistente principalmente in è l'iperplasia surrenalica congenita (CAH) – principalmente deficit di 21 – idrossilasi, è stimata in 1 su 14.000-15.000 nati vivi (Pang, *et al.*, 1998), ma varia a seconda delle regioni a causa delle differenze etniche nel gene di mutazione. CAH e disgenesia gonadica mista costituiscono circa la metà di tutti i pazienti con DSD che presentano ambiguità genitale (Thyen, *et al.*, 2006).

Quando si considerano tutte le anomalie genitali congenite, tra cui criptorchidismo e ipospadia, il tasso può essere alto da 1:200 a 1:300 (Nordenvall, *et al.*, 2000). Tra i pazienti con ipospadia e criptorchidismo, attualmente la diagnosi specifiche della condizioni DSD è generalmente limitato a è solo nelle persone con ipospadia prossimale con criptorchidismo. L'incidenza complessive includono anche quelle con sindrome di Klinefelter stimata in vivo da 1:500 a 1:1000 nascite e sindrome di Turner, circa 1:2.500 nascite vive (Lee, *et al.*, 2016).

Nella Tabella 1 vengono descritte tutte le condizioni che fanno parte di Intersex/DSD come elaborate dalla Consensus di Chicago.

Tabella 1 - **Condizioni Intersex/DSD.**

Intersex/DSD Classificazione elaborata nella Consensus di Chicago		
DSD con variazione nei cromosomi sessuali	45,X (Sindrome di Turner e varianti) 47,XXY (Sindrome di Klinefelter e varianti) 45,X/46,XY (Disgenesia gonadica mista, DSD ovo-testicolare) 46,XX/46,XY (DSD chimerico ovo-testicolare)	
DSD 46, XY	Differenze dello Sviluppo Gonadico (testicolare)	Disgenesia gonadica completa (Sindrome di Swyer) Disgenesia gonadica parziale Regressione testicolare DSD ovo-testicolare
	Differenze della Sintesi o dell'Azione degli Androgeni	Deficit della sintesi degli androgeni (Ex. deficit 17-HSD3, deficit di 5 α -reduttasi, deficit di StAR protein) Deficit di azione degli androgeni (Ex. Sindrome da insensibilità completa agli androgeni CAIS-Sindrome di Morris, Sindrome da insensibilità parziale agli androgeni PAIS) Deficit del recettore LH (ipoplasia della cellule di Leyding) Deficit della sintesi o azione dell'AMH (Sindrome da persistenza dei dotti Muller)
	Altre Condizioni	Ipospasia severa Complesso Estrofia Vescicale Epispadia e della cloaca Afallia Altre sindromi
DSD 46, XX	Deficit dello Sviluppo Gonadico	DSD ovo-testicolare DSD ovo-testicolare (Ex, SRY+, dup SOX9) Disgenesia gonadica
	Eccesso di Androgeni	Fetale (Ex. deficit 21-idrossilasi, deficit 11-idrossilasi) Feto placentare (deficit della aromatasi, deficit citocromo P450 ossido-reduttasi - POR) Materno (Es. luteoma, arrenoblastoma)
	Altre Condizioni	Complesso Estrofia Vescicale Epispadia e della cloaca Atresia vaginale Sindrome MURC anomalie dei somiti mulleriani, renali, cervico-toracici Altre sindromi

Nella Tabella 2, vengono riportate le descrizioni delle condizioni Intersex/DSD in tutti gli aspetti del loro processo di sviluppo: genetico/embriologica, fisiologica, anatomica, fenotipico, clinico medico-psicologico-sessuologico, (www.dsdguidelines.org; www.aisia.org; www.orpha.net).

Tabella 2 - **Descrizioni Intersex/DSD: genetico/embriologica, fisiologica, anatomica, fenotipico, clinico medico-psicologico-sessuologico.**

Intersex/DSD Classificazione elaborata nella Consensus di Chicago	Descrizione Condizione
DSD con variazione nei cromosomi sessuali	<p>Sindrome di Turner e varianti 45,X0 - ST</p> <p>Fenotipo variabile con possibili problematiche di tipo: genetico, cardiologico, renale, endocrinologico, ginecologico e psicosociale; presentano bassa statura. I soggetti affetti da ST hanno un corredo cromosomico 45,X0 nel 50% dei casi, la rimanente percentuale comprende mosaicismi, cariotipi con isocromosomi o cariotipi con cromosoma Y. Genitali tipicamente femminili. Le persone con ST sono comunemente sterili, è tuttavia possibile avviare a ciò con ovidonazione e fecondazione in vitro. Rischio elevato di disturbi dell'apprendimento di tipo non-verbale, che richiedono l'aiuto di uno specialista che conosca la ST.</p>
	<p>Sindrome di Klinefelter 47,XXY - SK</p> <p>Uno o più cromosomi X soprannumerari si inseriscono ad un cariotipo 46,XY in soggetti fenotipicamente maschi. Genitali tipicamente maschili, i testicoli rimangono tuttavia di dimensioni ridotte. Frequente ginecomastia alla pubertà. Possibile azoospermia; possono essere impiegate le tecnologie riproduttive per aumentare il grado di fertilità. Possono presentare alcuni disturbi specifici dell'apprendimento, che richiedono l'aiuto di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.</p>
	<p>Disgenesia gonadica parziale e completa</p> <p>Le gonadi disgenetiche presentano un rischio elevato di trasformazione tumorale. I pazienti affetti sono sterili. Cariotipo variabile.</p>
	<p>Ovaie e testicoli e/o ovotestis conosciuto storicamente come vero ermafroditismo</p> <p>Il tessuto testicolare presenta un elevato rischio di trasformazione maligna. L'uso della dizione "vero ermafroditismo" turba la persona interessata e i genitori; è necessario spiegare che si tratta di una denominazione impropria, sostituita attualmente nella terminologia medica dalla denominazione DSD ovo testicolare. Necessitano sostegno di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.</p>
	<p>Mosaicismo con cariotipo X0/XY</p> <p>Genotipo e fenotipo variabili; il fenotipo può essere ambiguo o tipicamente maschile o femminile. È necessario un controllo delle gonadi per escludere il rischio di trasformazione tumorale. Presentano bassa statura.</p>

→	DSD 46, XY	Disgenesia Gonadica 46,XY Sindrome di Swyer	Anche detta Disgenesia gonadica pura 46,XY è una condizione in cui le gonadi non si sviluppano nel modo consueto durante lo sviluppo prenatale. In presenza di un normale cariotipo 46,XY, il cromosoma Y è geneticamente alterato e non porta le informazioni sufficienti per la formazione dei testicoli. Come conseguenza le gonadi non si sviluppano e vi è un'involuzione verso strutture fibrose o "streak gonads". Le persone affette da questa condizione hanno un cariotipo 46,XY associato ad un fenotipo completamente femminile, con la presenza di utero e vagina ma assenza di ovaie o testicoli.
	La Sindrome da Insensibilità agli Androgeni Sindrome di Morris Completa CAIS Parziale PAIS	È un disordine caratterizzato dalla presenza di un fenotipo femminilizzato in un individuo con cariotipo maschile 46,XY. Questa condizione è dovuta ad una completa CAIS o parziale PAIS insensibilità agli androgeni a causa di una mutazione del recettore per gli androgeni (AR) presente sul cromosoma X. Necessitano sostegno di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.	
	Deficit di 5-alfa-reduttasi - 5-AR	L'enzima è necessario a produrre DHT, androgeno indispensabile per la formazione dei genitali esterni maschili. Fenotipo femminile o intermedio. È segnalata una frequente incidenza di casi di incongruenza dell'identità di genere. Nel caso di persone educate come femmine con gonadi presenti, è frequente la virilizzazione in età puberale. Necessitano sostegno di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.	
	Deficit di 17-alfa-reduttasi cariotipo XX o XY	Fenotipo femminile, mancata produzione di estrogeni e testosterone; di conseguenza non avvengono i cambiamenti tipici della pubertà. È necessario monitorare i testicoli ritenuti per escludere il rischio di trasformazione maligna. Rischio di insufficienza surrenale. Necessitano sostegno di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.	
	Deficit di 3-beta-idrossisteroidodeidrogenasi con cariotipo 46, XY (HSD)	Fenotipo femminile o ipovirilizzato; vi è rischio di grave insufficienza surrenale. È necessario un controllo endocrino per mantenere un buono stato di salute e la fertilità.	
	Ipospadi	Questa condizione è caratterizzata dal posizionamento del meato uretrale non sul glande ma progressivamente dislocata su tutto pene (distale, mediano, perineale). È opportuno verificare la presenza di altre condizioni come CAIS, PAIS, CAH ecc. Spesso è associata ad un incurvamento ventrale del pene, l'erezione può essere dolorosa. Alto rischio di infezioni alle vie urinarie. La ricostruzione dell'uretra e/o posizione anomala del meato può interferire con l'eiaculazione. In queste persone è importante una valutazione della loro fertilità. In alcuni casi di ipospadia, l'urina viene espulsa a raggiera, costringendo il paziente ad urinare in posizione seduta. L'ipospadia a volte è associata a criptorchidismo. Necessitano sostegno di uno specialista in psico-sessuologia con conoscenze adeguate a questa condizione.	

→

	<p>Estrofia cloacale 46,XY</p>	<p>Condizione molto complessa con compromissione apparato uro-genitale ed intestinale. Possibilità di sopravvivenza a lungo termine approssimativamente del 70% <i>non aggiornata ad oggi ma si ipotizza sia più alta</i>. In passato, molti bambini con questa condizione sono stati educati in senso femminile facendo una riassegnazione di genere a pochi mesi di vita; un numero molto considerevole di queste ha deciso in seguito di optare per la transizione di genere maschile. La rimozione di testicoli sani, data la conseguente sterilità, non dovrebbe essere eseguita se non previo consenso del paziente stesso. Necessitano sostegno specialistico psico-sessuologico adeguato.</p>
	<p>Micropene con cariotipo 46,XY</p>	<p>In passato molti specialisti consigliavano i genitori di educare i bambini come femmine. Una casistica rilevante dimostra però che i bambini con questo disturbo possono essere allevati anche come maschi e che, se allevati come femmine, potrebbero optare per la transizione di genere in età adulta. Le cause sono variabili, tra queste il panipotuitarismo congenito, che nei maschi è comunemente associato a un'ipoglicemia potenzialmente letale, dovuta alla carenza di ormone della crescita e di ACTH (ormone adrenocorticotropo). Finché il panipotuitarismo non viene corretto, l'ipoglicemia non reagisce alla maggior parte delle terapie standard. Necessitano sostegno specialistico psico-sessuologico adeguato.</p>
	<p>Sindrome di Kallman</p>	<p>Dai dati che abbiamo ad oggi la persona cresce in conformità al suo sesso cromosomico. Vi è ipogonadismo ipogonadotropo congenito (CHH) da deficit dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH), anosmia o iposmia (con ipoplasia o aplasia dei bulbi olfattivi). Presentano ridotte dimensioni dei genitali, è frequente il criptorchidismo e movimenti "a specchio". La pubertà deve essere indotta con una terapia ormonale sostitutiva (Testosterone) o con gonadotropine. Il paziente è potenzialmente fertile. Necessitano sostegno specialistico psico-sessuologico adeguato.</p>
<p>DSD 46, XX</p>	<p>Sindrome di Mayer Rokitansky Kuster Hauser – MRKH – Aplasia mulleriana, Aplasia vaginale</p>	<p>È caratterizzata da aplasia congenita dell'utero e dei 2/3 superiori della vagina in donne con cariotipo normale (46,XX) e normale sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie. La sindrome è suddivisa in due tipi: Tipo I o isolata, quando è presente solo l'alterazione genitale. Tipo II o MURCS (Müllerian duct aplasia, Renal dysplasia and Cervical Somite anomalies) se associata ad altre malformazioni (renali, scheletriche, uditive e più raramente cardiache e digitali) La sindrome può essere associata in una minoranza di casi ad anomalie renali e spinali. La paziente può praticare la terapia dilatativa mediante pressione per aumentare le dimensioni della vagina o ricorrere successivamente ad un intervento chirurgico. Necessitano sostegno specialistico psico-sessuologico adeguato.</p>

→	Iperplasia Surrenale Congenita – ISC/CAH – e Deficit 21-Idrossilasi	Con il termine ISC si indicano una serie di malattie autosomiche recessive dovute alla mutazione di geni che codificano la sintesi di enzimi coinvolti nella steroidogenesi della ghiandola surrenale. Tali alterazioni comportano il blocco della steroidogenesi con conseguente deficit della sintesi di alcuni ormoni e accumulo a monte di altri prodotti del metabolismo intermedio. La forma più comune di iperplasia surrenalica è quella dovuta a deficit dell'enzima 21-idrossilasi (CAH-21). La deficienza dell'enzima 21-idrossilasi comporta un deficit nella sintesi surrenalica di cortisolo che attraverso un meccanismo di feedback positivo ipotalamo-ipofisario determina un accumulo nel sangue di precursori del cortisolo, quali 17-OH-P, che a loro volta sono trasformati in androgeni. Come conseguenza della iperproduzione di androgeni, si può determinare una virilizzazione in neonate con corredo cromosomico 46,XX. Necessitano sostegno specialistico psico-sessuologico adeguato.
	Sindrome da Persistenza del Dotto Mulleriano	Rischio di criptorchidismo e di complicazioni associate. Rischio elevato di sterilità.
	Virilizzazione indotta da progestinici	L'esposizione all'ormone virilizzante è limitata alla fase prenatale e generalmente non progredisce.

Gruppi di supporto

I gruppi di supporto, composti dalle persone che vivono questa condizione e dai loro famigliari, sono un importante attore. In Italia, Europa, Inghilterra e America stanno interagendo con il mondo sanitario fornendo informazioni e prospettive per il miglioramento della qualità di vita delle persone con tali condizioni. Nel piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica come un elemento chiave il supporto tra pari (WHOM, 2013). Tale supporto permette alle persone di non vivere il fenomeno dell'isolamento e acquisire una serie d'informazioni utili allo sviluppo della loro identità. Il supporto con i gruppi di pari ha dimostrato avere anche effetti positivi sul benessere psicologico (Baratz, *et al.*, 2014).

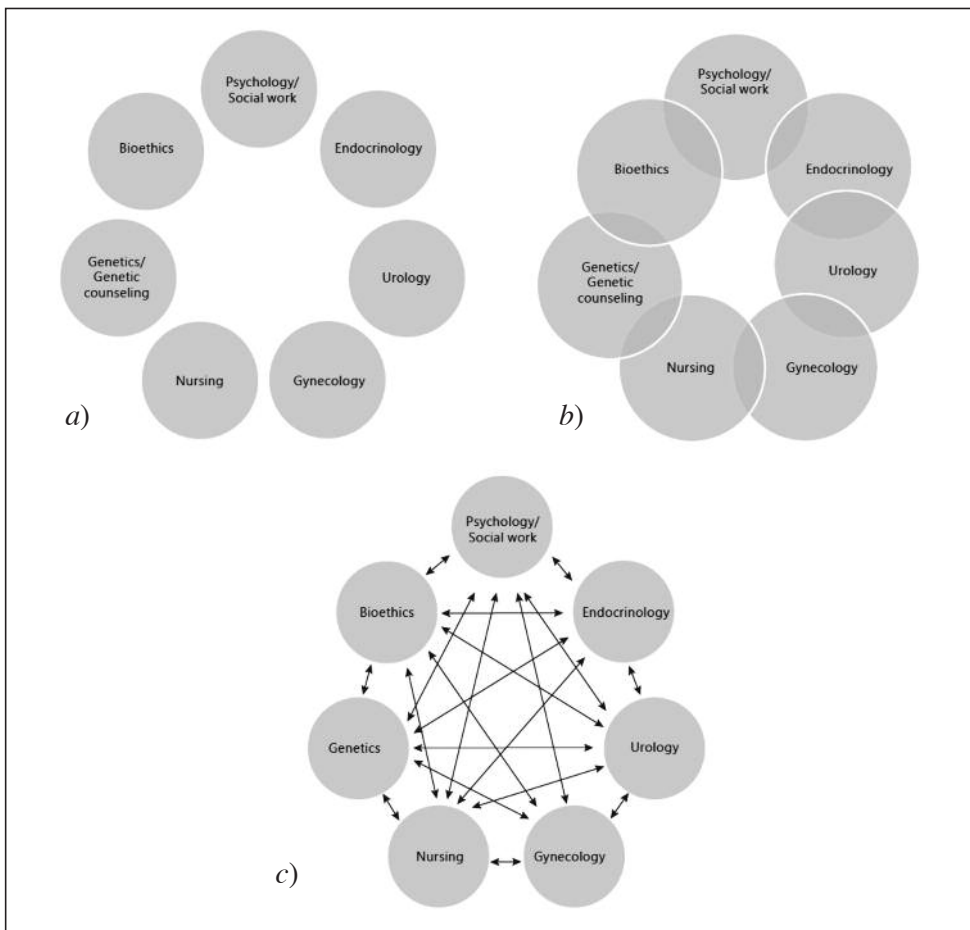
Tutti i Gruppi di Supporto hanno come punto di forza il fatto di organizzare più volte ogni anno meeting di confronto con pari, ma anche con tutte le figure sanitarie quali: pediatri, endocrinologi, chirurghi pediatri, urologi, psicologi, sessuologi, sociologi. Questo crea un vero scambio di informazioni tra chi vive la condizione e chi cerca di dare delle risposte ai loro bisogni. Tali meeting sono dedicati a queste persone e ai loro familiari, nei quali possono sperimentare luoghi liberi e protetti dove hanno la possibilità di raccogliere strumenti utili per affrontare la quotidianità, nonché la possibilità di verbalizzare le loro emozioni senza essere giudicati ma accolti. La realtà italiana, per quanto concerne i Gruppi di Supporto, si basa sul lavoro svolto dalle associazioni/organizzazioni, le ex organizza-

zioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), oggi denominate dal Legislatore come Organizzazioni del volontariato (ODV), che fanno parte del Terzo Settore (www.cantiereterzosettore.it). Evidenzio alcune associazioni: Associazione Italiana Sindrome Insensibilità (www.aisia.org), Associazione Italiana Estrofia Vesicale Epispadia (www.estrofiavesicale.it), Associazione nascere con Sindrome Klinefelter (www.nascereklinefelter.it), che organizzano ogni anno meeting di incontro tra pari e tra tutte le figure sanitarie specialistiche delle varie condizioni.

Composizione del Team Sanitario

Il Team che prende in carico le persone Intersex/DSD deve essere caratterizzato da multidisciplinarietà, interdisciplinarietà o trans-disciplinarietà e da diversi gradi di collaborazione e autonomia professionale (IOM, 2014). Il modello riportato in Figura 1, basato sul rapporto dell'Institute of Medicine, è un valido modello

Figura 1 - **Modello Multidisciplinare Team Care**, (Lee, *et al.*, 2016)



del Team care per l'assistenza delle persone Intersex/DSD: *a*) contributi simultanei indipendenti dei membri del team di due o più discipline; *b*) i membri lavorano congiuntamente, ciascuno da una prospettiva specifica della disciplina, con l'accettazione della condivisione di elementi di conoscenza e abilità per affrontare un problema comune; *c*) sintetizza un approccio transdisciplinare, concetti specifici di disciplina, creando nuovi modelli per affrontare un problema comune con tutte le discipline che sono congiuntamente responsabili per ogni obiettivo clinico (Pasterski, *et al.*, 2015).

Una realtà Italiana da evidenziare è il Gruppo di Studio Italiano Disturbi delle Differenziazione Sessuale It-DSD-Study-Group, nata dopo l'input datosi dal congresso organizzato dal Gruppo di Studio Europeo sui DSD tenutosi a Glasgow EURO-DSD nel 2013. Il It-DSD-Study-Group è composto da specialisti che si interessano di Intersex/DSD: Pediatri, Endocrinologi, Psicologi, Psicanalisti, Sessuologici, Chirurghi Pediatri, Urologi, Ginecologi e Associazioni di persone che vivono queste condizioni, tutti insieme con forza hanno recepito la necessità di sviluppare una rete di riferimento per le persone Intersex/DSD. Il gruppo organizza due meeting ogni anno in sedi sempre diverse, è privo di investiture ufficiali, organigrammi, comitati esecutivi, presidenti ecc., è basato esclusivamente sulla stima e l'amicizia interpersonale e la voglia di confrontarsi per la discussione con colleghi nelle più controverse e complesse situazioni di Intersex/DSD. I punti di forza di questi incontri sono: la condivisione nella management; la decisione terapeutica, la presa in carico globale di queste persone e le loro famiglie, la piena autonomia economica, in quanto è tutto basato sull'autofinanziamento dei partecipanti ed è dunque privo di conflitti economici (www.dsd-it.it).

Transizione della cura

Gran parte della letteratura riguardante le cure mediche delle persone con Intersex/DSD proviene dalla pratica pediatrica mentre la prospettiva adulta non è comunemente descritta. I bambini spesso passano dalla pediatria specialistica ai servizi di assistenza degli adulti con una potenziale perdita di fiducia e di assistenza medica specifica. Gli specialisti per adulti non hanno un'adeguata formazione su Intersex/DSD in quanto sono condizioni rare. Molti pazienti adulti descrivono difficoltà a trovare un curante adeguato (Crouch, *et al.*, 2014). L'altro aspetto importante da tenere presente nella fase di passaggio dall'età pediatrica a quella adulta è la fase della vita in cui avviene l'evoluzione dell'identità sessuale e dell'orientamento sessuale che potrebbero diventare importanti nel processo di consapevolezza dell'età adulta. Per evitare problemi è indispensabile avere degli esperti nel campo dello sviluppo psico-sessuologico nella transizione di cura delle persone Intersex/DSD e team multidisciplinari (Bundesärztekammer, *et al.*, 2015; Gleeson, *et al.*, 2014).

Questioni etiche, culturali

La questione etica nel management di persone Intersex/DSD indica dei principi utili ai processi volti a favorire il complesso benessere del bambino e del futuro adulto:

- 1) minimizzare il rischio fisico e psicosociale;
- 2) preservare il potenziale di fertilità;
- 3) difendere l'individuo e riconoscere il suo diritto di partecipare alle decisioni che incidono sulla propria cura e vita;
- 4) lasciare opzioni aperte per il futuro evitando trattamenti irreversibili che non siano necessari dal punto di vista medico fino al momento in cui l'individuo abbia la capacità di acconsentire;
- 5) fornire supporto psicosociale e Peer support;
- 6) sostenere il sesso per il sano sviluppo dell'identità dell'individuo;
- 7) utilizzare un processo decisionale condiviso che rispetta l'individuo, i genitori, i desideri e le credenze;
- 8) rispettare la famiglia e le relazioni genitoriali;
- 9) fornire ai pazienti piene informazioni mediche adeguate all'età, allo sviluppo e alle abilità cognitive (Gillam, *et al.*, 2010; Karkazis, *et al.*, 2010; Wiesemann, *et al.*, 2010).

Gli sforzi delle persone coinvolte e i gruppi sostenitori, sia all'interno e sia all'esterno delle comunità medica, hanno evidenziato come le pratiche di cura che erano considerate standard nella gestione dei bambini con genitale atipico o anatomia riproduttiva anomala negli anni '70-'90, cioè la chirurgia genitale o la gonadectomia praticata senza il consenso del paziente, fossero una violazione dei diritti riproduttivi fondamentali e corporali degli individui comportando dei contenzioni in vari paesi inclusi la Columbia, Australia, Kenya, Carolina del Sud in USA. Inoltre, in alcune giurisdizioni, come ad esempio Australia, Germania e Malta, si è stabilito che la registrazione del sesso di un nuovo nato possa essere rinviata e il soggetto presentato come "altro" nelle situazioni in cui non sia chiaro.

Sebbene i diritti umani fondamentali siano in generale considerati universali, indipendentemente da razza, genere, nazionalità, religione o altri fattori, la loro interpretazione è condizionata dal contesto culturale e socioeconomico, contribuendo a una complessità ancora maggiore in termini etici e quadri legali riguardanti l'assistenza. L'applicazione di principi etici sviluppati in Occidente potrebbero essere utili in altre condizioni culturali. Le discipline di etica e diritto sono dinamiche e hanno un'evoluzione continua, è prevedibile che si debbano affrontare vere lotte per quanto riguarda l'assistenza adeguata per i bambini e le famiglie che vivono con queste condizioni. I medici che curano questi soggetti e le loro famiglie dovrebbero essere consapevoli che la tendenza, negli ultimi anni, dal punto di vista degli organi legali e dei diritti umani, ha sempre più enfatizzato la considerazione dell'autonomia del paziente (Lee, *et al.*, 2016).

Aspetti psicologici, psicosociali, benessere psicosessuale.

Possiamo evidenziare che dopo la dichiarazione della Consensus del 2006, si è avuto un cambio di rotta nelle ricerche verso un maggiore interesse e una maggiore ampiezza concettuale sugli aspetti psicologici, sessuali, e sociali. Le ricerche sugli aspetti psicologici negli Intersex/DSD si sono allargate ma richiedono chiarezza concettuale (Stout, *et al.*, 2010), onnicomprensiva degli aspetti sociali e psicologici (Roen, *et al.*, 2008). La ricerca, che in ambito psicologico ha utilizzato una varietà di metodologie, condotta su una popolazione di adulti sottoposta ad interventi chirurgici, rileva difficoltà specifiche come: l'insoddisfazione con genere binario (Schweizer, *et al.*, 2014), insoddisfazione della terminologia DSD (Davis, *et al.*, 2014), paura della svalutazione (Alderson, *et al.*, 2004), immagine negativa del corpo (SchÖnbucher, *et al.*, 2010), isolamento sociale (Chadwick, *et al.*, 2005), non diritto alle relazioni (Boyle, *et al.*, 2005), preoccupazione per i rapporti eterosessuali (Minto, *et al.*, 2003), difficoltà sessuali funzionali (Crouch, *et al.*, 2008), barriere nella comunicazione con gli altri e il vivere la normalizzazione chirurgia come un dilemma (Minto, *et al.*, 2003). Questi studi hanno reso visibile, portando ben alla luce esperienze salienti, numerosi potenziali fattori mitiganti che impattano sui risultati a lungo termine. È stato ipotizzato che le differenze corporee associate ai DSD possano danneggiare fisicamente il benessere sebbene imprevedibilmente (Lee, *et al.*, 2016). Un dato importante è l'alta prevalenza della chirurgia normalizzante che rende impossibile separare l'impatto psicosociale delle differenze del corpo e la gestione chirurgica. In alcune coorti l'insoddisfazione degli adulti nei confronti di recenti interventi è alta mentre, (Gruters, *et al.*, 2012) altri studi, riportano risultati più positivi a lungo termine (Warne, *et al.*, 2005; Lean, *et al.*, 2005). Uno studio riporta una maggiore prevalenza del disagio psicologico, autolesionismo e tendenze suicide negli individui che hanno un DSD (Schutzmann, *et al.*, 2009). Altri studi evidenziano, in più alle cause note, anche l'esperienza del tabù, della vergogna o della segretezza; inoltre, convivere con una malattia cronica e le sequele fisiologiche correlate al DSD potrebbe anche contribuire ad aumentare l'angoscia (Nordenstrom, *et al.*, 2014; GrApSia, *et al.*, 2014). Studi sui fattori legati alla cura medica, come lo stato ormonale e il livello di condivisione dell'informazione, mostrano come possano ostacolare o facilitare l'accettazione della propria condizione (Schweizer, *et al.*, 2017, Lundberg, *et al.*, 2016). Quello che c'è da evidenziare è l'interesse per gli aspetti psicologici, interesse che si è ampliato, ma che richiede una chiarezza concettuale nelle ricerche (Liao, *et al.*, 2007), per il rischio di presentare dei punti deboli (Machado, *et al.*, 2007). Una considerazione importante riguarda la qualità di vita e il benessere, due aspetti che sono un obiettivo primario olistico. La condizione di benessere dipende da una vasta gamma di fattori intrinseci e estrinseci che includono la salute, l'età, i valori sociali e l'accesso alle risorse come il lavoro, l'educazione, le relazioni di supporto e le esperienze sanitarie. Il benessere può essere influenzato in vari modi e in determinati momenti, come ad esempio all'inizio della diagnosi,

durante la fase di sviluppo, al controllo del sintomo, durante il trattamento della fertilità o all'inizio e alla fine di una relazione importante (Lee, *et al.*, 2016). La maggior parte degli studi sulla qualità di vita includono la eterogeneità delle diagnosi e questo porta a dei risultati incoerenti sulle conclusioni generali relative all'Intersex/DSD e la qualità della vita è sottovalutata (Wisniewski, *et al.*, 2009; Amaral, *et al.*, 2015). Vari studi su una serie più ampia di condizioni di Intersex/DSD, principalmente XY, mostrano una qualità di vita complessivamente uguale rispetto alla popolazione generale locale, sebbene alcuni studi suggeriscano una qualità di vita non ottimale, in particolare nei settori sociale e psicologico, ma non fisico (Amaral, *et al.*, 2015; D'Alberton, *et al.*, 2015; de Neve-Enthoven, *et al.*, 2016; Wang, *et al.*, 2016; Bennecke, *et al.*, 2017).

Modalità d'intervento

Pochi studi esplicitano modalità d'intervento dal punto di vista psicologico e molti meno ancora dal punto di vista psico-sessuologico. Gli interventi psicologici di gruppo possono migliorare il benessere delle donne con la sindrome di Meyer Rokitansky Küster Hauser MRKH (Weijenborg, *et al.*, 2000), ma anche la terapia cognitivo comportamentale può ridurre stress specifici (Heller-Boersma, *et al.*, 2007). Il lavoro di gruppo basato su approcci cognitivi e narrativi sembra migliorare l'autovalutazione delle donne con sindrome di Turner (Chadwick, *et al.*, 2014). Un altro approccio è quello qualitativo che permetterebbe ai partecipanti una maggiore possibilità di affrontare in modo più ampio le proprie sfide entrando dentro e verbalizzando le proprie emozioni. Si suggerisce di basarsi su piccoli corpus di lavoro usando metodi misti, attingendo dalla comunicazione, dall'organizzazione dello sviluppo, dagli studi sociali e dall'assistenza sanitaria applicata alla ricerca psicologica (Lee, *et al.*, 2016). Un altro approccio è l'utilizzo dello psicodramma. Ad un gruppo di ragazze adulte con Sindrome di Morris la condivisione nel lavoro psicodrammatico ha permesso loro di ritrovare il contatto con la propria intimità e sessualità e con i loro sentimenti emotivi, due aree che potrebbero essere state trascurate o maltrattate nel loro passato (Di Grazia, 2018). Roen evidenzia che è necessario un approccio metodologico più ampio (Roen, *et al.*, 2014) usando una combinazione di metodi esistenti che sono altamente rilevanti (Duguid, *et al.*, 2007). D'Alberton ci fornisce un approccio psicoanalitico nelle persone Intersex/DSD, permettendo la giusta attenzione alla sofferenza e al significato del corpo (D'Alberton, 2018). L'altro piano d'intervento psicologico riguarda le famiglie che si sentono tutto il peso del senso di colpevolizzazione. Questo innesca esperienze molto complesse, sia nella madre sia nel padre, che portano a una chiusura, a un non parlare e omettere delle informazioni importanti sia alla persona interessata e sia al contesto familiare e amicale. A incrementare la difficoltà del percorso d'intervento, intervengono l'iter medico-clinico-chirurgico e i tabù e la vergogna in ambito sessuale. È necessario un programma di supporto per i genitori che li conduca ad affrontare le esperienze di paura e rabbia che influenzano il loro

rapporto con il bambino/a, dalla sua nascita in poi. È utile adottare procedure adattive per affrontare la malattia (1) e consentire ai genitori, ma anche al bambino e a tutta la famiglia, di condurre una vita più serena, con maggiore consapevolezza della malattia, e (2) migliorare il processo di pianificazione chirurgica con il team multidisciplinare (Di Grazia, *et al.*, 2017). Di Grazia fornisce un programma mirato che può migliorare sensibilmente la condizione psico-sessuale degli adolescenti, in particolare, affrontando argomenti di natura psico-sessuologica e fornendo risposte comprensibili che possano essere messe in pratica nelle vita quotidiana (Di Grazia, *et al.*, 2017).

Soddisfazione di genere

La valutazione dell'identità di genere e il comportamento legato al genere nelle persone con un Intersex/DSD è diventato un argomento particolarmente delicato grazie ai contributi molto importanti delle prospettive sociologica e antropologica. Dall'inizio di questo XXI secolo si è di fronte all'accettazione di persone di genere non stereotipate, d'identità di genere non binario, ovvero uno spettro di identità di genere che non sono esclusivamente maschili o femminili (Meyer-Bahlburg, *et al.*, 2016). Questo processo di accettazione ha avuto una ricaduta sul contesto clinico, in quanto si è tradotto nella necessità di sfumature nella valutazione relativa al genere. Ad esempio, il ruolo di genere, comportamento e/o presentazione dovrebbero essere considerati d'istinto dall'identità di genere di base, che è definita come il senso di base di sé come maschio e/o femmina e/o altro, nel trarre conclusioni cliniche sullo sviluppo di genere (Hines, 2011). Nella versione più recente del Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali DSM-5 (APA, 2013) i criteri diagnostici per la disforia di genere sono cambiati. La nuova formulazione include la provvisione di una diagnosi di un individuo con Intersex/DSD, al contrario delle edizioni precedenti in cui si considerava la presenza di Intersex/DSD come un criterio di esclusione. Aspetti importanti, da considerare da parte del clinico, sono quelli dell'identità sessuale, varianza di genere, il comportamento di genere/ruolo, l'orientamento sessuale fornendo maggiore supporto psicologico all'angoscia che la persona vive in relazione al proprio processo identitario, comprendendo meglio il potenziale bisogno o no di un intervento medico di tipo endocrinologico o chirurgico. Anche se c'è un crescente riconoscimento del genere e dell'identità di genere come un continuum piuttosto che come concetto binario, la maggioranza delle persone con Intersex/DSD si identifica con il genere designato alla nascita, essendo maschio o femmina, come >99% della popolazione generale (Zucker, *et al.*, 2016). Tuttavia, i tassi di disforia di genere, l'intersessualità, l'identità intergender e/o il cambiamento di genere sono più elevati nei pazienti con Intersex/DSD rispetto alla popolazione generale (Berenbaum, *et al.*, 2003; Chuang, *et al.*, 2013; Dessens, *et al.*, 2005; Gupta, *et al.*, 2006; Meyer-Bahlburg, *et al.*, 2006; Okeigwe, *et al.*, 2015; Pasterski, *et al.*, 2015; Callens, *et al.*, 2016; Sircili, *et al.*, 2014). Il maggior grado di varianza nello sviluppo di genere negli

Intersex/DSD rispetto alle popolazioni non Intersex/DSD è probabilmente dovuto a una complessa interazione di geni, alla varia esposizione agli ormoni sessuali nel periodo perinatale e ancora durante la pubertà e alle sequele psicologiche e/o emotive della vita (Cools, *et al.*, 2018).

Considerazioni

Possiamo considerare Intersex/DSD come un termine ombrello che comprende un'eterogeneità di condizioni rare e complesse che spesso presentano delle sfumature per ogni singola persona all'interno di una data condizione. Questa combinazione di caratteristiche richiede una sfida metodologica che ponga attenzione alle valutazioni psicologiche, sessuologiche e sociali. Per la presa in carico di queste persone è necessaria una rete multidisciplinare e multidimensionale con professionalità capaci di lavorare in rete e di seguire tali persone dall'età pediatrica all'età adulta. Gli sforzi nei progetti di ricerca devono concentrarsi di più sugli aspetti che riguardano la qualità di vita specifici per ogni gruppo di condizioni. Ci sono tematiche sempre più importanti come: la questione della varianza di genere che deve uscire dalla concezione del genere binario, un nuovo ripensamento ad attuare una chirurgia precoce, affrontare la sessualità di queste persone il prima possibile, avere la capacità di attendere per far decidere alla persona interessata ciò che riguarda gli aspetti della fertilità e le cure mediche adeguate ai propri bisogni. L'assistenza finalizzata al miglioramento della qualità di vita in ambito di Intersex/DSD è in continua evoluzione. Questo deve essere chiaro a tutti coloro che si occupano di queste persone, dalla valutazione clinica dei neonati fino agli individui anziani con Intersex/DSD, comprendendo le loro percezioni nel sentirsi nel genere che desiderano. Le decisioni riguardanti la chirurgia durante l'infanzia che alterano l'anatomia genitale esterna o rimuovono le cellule germinali possono avere un impatto negativo sugli aspetti psicologici della persona. La comunicazione aperta e continua con le persone interessate e il loro genitori deve essere centrata nel far maturare la consapevolezza che la condizione di Intersex/DSD è per tutta la vita, e deve favorire il miglioramento della qualità di vita in un processo evolutivo psico-sessuologico. I gruppi di supporto sono una grande risorsa sia per le persone interessate e i loro famigliari e sia per i sanitari. Un modello di assistenza sanitaria olistico e incentrato sul paziente dovrebbe essere sensibile alla potenziale angoscia derivante dal disagio con il proprio genere. Perciò, domande su quale genere si identifichi una persona sono importanti. Nello stesso tempo, la valutazione dovrebbe essere condotta in modo tale da non stigmatizzare o patologizzare alcun genere specifico. Le domande possono essere poste in modo da non sollevare una dicotomia "tipica o atipica". Domande rivolte ai pazienti e alle loro famiglie con un supporto rilevante per gli aspetti psicologici ed emotivi vanno condotte in un ambiente aperto e premuroso (Callens, *et al.*, 2016). Questo può permettere una migliore qualità di vita omnicomprensiva.

Bibliografia

- Alderson J., Madill A., Balen A. (2004). Fear of devaluation: understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. *Br J Health Psychol*, 9: 81-100.
- Amaral R.C., et al., (2015). Quality of life of patients with 46, XX and 46, XY disorders of sex development. *Clin. Endocrinol*, 82, 159-164.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Tra it. Manuale statistico dei disturbi mentali. Milano: edizione Raffaele Cortina 2014.
- Balocchi M. (2010). *L'invisibilizzazione dell'intersessualità in Italia*. Paper per il Convegno "Lo spazio della differenza", Università Milano-Bicocca, Milano 20-21 Ottobre.
- Baratz A.B., Sharp M.K. & Sandberg D.E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Endocr. Dev*, 27, 99-112.
- Bennecke E., Thyen U., Gruters A., Lux A. & Kohler B. (2017). Health-related quality of life and psychological well-being in adults with differences/disorders of sex development. *Clin. Endocrinol*, 86, 634-643.
- Berenbaum S.A. & Bailey J.M. (2003). Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia. *J. Clin. Endocrinol. Metab*, 88, 1102-1106.
- Blackless M., Charuvastra A., Derryck A., Fausto-Sterling A., Lauzanne K., Lee E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Hum Biol*, 12: 151-166.
- Boyle M., Smith S., Liao L.M. (2005). Adult genital surgery for intersex women: a solution to what problem? *J Health Psychol*, 10, 573-584.
- der Bundesärztekammer S. (2015). "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)". *Dtsch Ärztebl*.
- Callens N., et al., (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Horm. Behav*, 86, 8-20.
- Chadwick P.M., Liao L.M., Boyle M., Size Matters (2005). Experiences of atypical genital and sexual development in males. *J Health Psychol*, 10, 529-543.
- Chadwick P.M., Smyth A. & Liao L.M. (2014). Improving self-esteem in women diagnosed with Turner syndrome: results of a pilot intervention. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(3), 129-132.
- Chuang J., et al., (2013). Complexities of gender assignment in 17beta- hydroxysteroid dehydrogenase type 3 deficiency: is there a role for early orchiectomy? *Int. J. Pediatr. Endocrinol*, 2013, 15.
- Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood e Handbook for Parents*, nella versione digitale in inglese, sul sito www.dsdguidelines.org. Edizione Italiana *Linee guida cliniche per il Trattamento dei DSD in età infantile*. AISIA Associazione Italiana Sindrome Insensibilità agli Androgeni, Traduzione Annalisa Napoli. Anno 2012.
- Cools M., Nordenström A., Robeva R., Hall J., Westerveld P., Flück C., ... & Pasterski, V. (2018). Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a consensus statement. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(7), 415-429.
- Crouch N.S., Liao L.M., Woodhouse C.R.J., Conway G.S., Creighton S.M: (2008). Genital sensitivity and sexual function following childhood cosmetic genital surgery: results based on women with congenital adrenal hyperplasia. *J Urol*, 179, 634-638.
- Crouch N.S. & Creighton S.M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nat. Rev. Endocrinol*, 10, 436-442.

- D'Alberton F. (2018). *Bambini in ospedale un approccio psicoanalitico*. Edizione Franco Angeli, Milano ISBN 978-88-917-7974-9.
- D'Alberton F., Assante M.T., Foresti M., Balsamo A., Bertelloni S., Dati E., ... & Mazzanti L. (2015). Quality of life and psychological adjustment of women living with 46, XY differences of sex development. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1440-1449.
- Davis G. (2014). The power in a name: diagnostic terminology and diverse experiences. *Psychol Sex*, 5, 15-27.
- de Neve-Enthoven N.G., Callens N., Van Kuyk M., Van Kuppenveld J.H., Drop S.L., Cohen-Kettenis P.T. & Dessens A.B. (2016). Psychosocial well-being in Dutch adults with disorders of sex development. *Journal of psychosomatic research*, 83, 57-64.
- Dessens A.B., Slijper F.M. & Drop S.L. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Arch. Sex. Behav.*, 34, 389-397.
- Di Grazia M. (2018). 283 Working with a group of young women affected by androgen insensitivity syndrome. *J. Sex. Med.* S237.
- Di Grazia M., Pellizzoni S., Tonegatti L.G. & Rigamonti W. (2017). Psychosexual development management of bladder exstrophy epispadias in complex patients. *Journal of Pediatric Urology*, 13(2), 199-e1.
- Di Grazia M., Pellizzoni S., Tonegatti L.G. & Rigamonti W. (2017). Qualitative questionnaire on the psychosocial wellbeing of mothers of children with BEEC. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 55-e1.
- Duguid A., Morrison S., Robertson A., Chalmers J., Youngson G., Ahmed S.F. (2007). The psychological impact of genital anomalies on the parents of affected children. *Acta Paediatr*, 96: 348-352.
- Gillam L.H., Hewitt J.K. & Warne G.L. (2010). Ethical principles for the management of infants with disorders of sex development. *Hormone research in paediatrics*, 74(6), 412-418.
- Gleeson H. & Wisniewski A.B. (2014). Working with adolescents and young adults to support transition. *Endocr. Dev.*, 27, 128-137.
- GrApSia & Audi L. (2014). Past experiences of adults with disorders of sex development. *Endocr. Dev.*, 27, 138-148.
- Gruters A., Thyen U. (2012). DSD Network Working Group: Satisfaction with genital surgery and sexual life of adults with XY disorders of sex development: results from the German clinical evaluation study. *J Clin Endocrinol Metab*, 97, 577-588.
- Gupta D.K., et al., (2006). Congenital adrenal hyperplasia: long-term evaluation of feminizing genitoplasty and psychosocial aspects. *Pediatr. Surg. Int*, 22, 905-909.
- Heller-Boersma J.G., Schmidt U.H., Edmonds D.K. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioural group intervention versus waiting-list control for women with utero-vaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: MRKH). *Hum Reprod*, 22: 2296-2301.
- Hines M. (2011). Gender development and the human brain. *Annu. Rev. Neurosci*, 34, 69-88.
- Hiort O., Birnbaum W., Marshall L., Wünsch L., Werner R., Schröder T. & Holterhus P.M. (2014). Management of disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(9), 520.
- Institute of Medicine IOM. (2014). *Establishing transdisciplinary professionalism for improving health outcomes: workshop summary*. Washington, The National Academies Press.
- Karkazis K., Rossi W. (2010). Ethics for the pediatrician: disorders of sex development: optimizing care. *Pediatr Rev*, 31, e82-e85.
- Lean W.L., Deshpande A., Hutson J., Grover S.R. (2005). Cosmetic and anatomic outcomes after feminizing surgery for ambiguous genitalia. *J Pediatr Surg*, 40, 1856-1860.
- Lee P.A., Nordenström A., Houk C.P., Ahmed S.F., Auchus R., Baratz A., Baratz Dalke K., Liao L.M., Lin-Su K., Looijenga 3rd L.H.J., Mazur T., Meyer-Bahlburg H.F.L., Mouriquand P., Qui-

- gley C.A., Sandberg D.E., Vilain E., Witchel S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Horm Res Paediatr*, 85, 158-180.
- Liao L.M. (2007). Towards a clinical-psychological approach to address the heterosexual concerns of intersexed women. *Out in psychology: Lesbian, gay, bisexual, trans and queer perspectives*, 391-408.
- Lundberg T., Roen K., Hirschberg A.L. & Frisen L. (2016). "It's part of me, not all of me": young women's experiences of receiving a diagnosis related to diverse sex development. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol*, 29, 338-343.
- Machado P.S., Costa A.B., Nardi H.C., Fontanari A.M.V., Araujo I.R., Knauth D.R. (2015). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients with disorders of sexual development: a systemic review. *J Health Psychol*. Epub ahead of print.
- Meyer-Bahlburg H.F., Dolezal C., Baker S.W., Ehrhardt A.A. & New M.I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Arch. Sex. Behav*, 35, 667-684.
- Meyer-Bahlburg H.F., et al., (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: update of the 2005 consensus conference. *Horm. Res. Paediatr*, 85, 112-118.
- Minto C.L., Liao K.L.M., Conway G.S., Creighton S.M. (2003). Sexual function in women with complete androgen insensitivity syndrome. *Fertil Steril*, 80, 157-164.
- Minto C.L., Liao L.M., Woodhouse C.R.J., Ransley P.J., Creighton S.M. (2003). Adult outcomes of childhood clitoral surgery for ambiguous genitalia. *Lancet*, 361, 1252-1257.
- Nistal M., Paniagua R., Gonzalez-Peramato P., Reyes-Mugia M. (2015). Ovotesticular DSD (true hermaphroditism). *Pediatr Dev Pathol*, 18, 345-352.
- Nordenstrom A. & Thyen U. (2014). Improving the communication of healthcare professionals with affected children and adolescents. *Endocr. Dev*. 27, 113-127.
- Nordenvall A.S., Frisen L., Nordenstrom A., Lichtenstein Norenskjold A. (2014). Population based nationwide study of hypospadias in Sweden, 1973 to 2009: incidence and risk factors. *J Urol*, 191, 783-789.
- Okeigwe I. & Kuohung W. (2014). 5-Alpha reductase deficiency: a 40-year retrospective review. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes*, 21, 483-487.
- Pang S.Y., Wallace M.A., Hofman L., Thuline H.C., Dorche C., Lyon I.C., Dobbins R.H., Kling S., Fujieda K., Suwa S.: Worldwide experience in newborn screening for classical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Pediatrics*, 81, 866-874.
- Pasterski V., Acerini C.L., Dunger D.B., Ong K.K., Hughes I.A., Thankamony A., Hines M: (2015). Postnatal penile growth concurrent with mini-puberty predicts later sex-typed play behavior: evidence for neurobehavioral effects of the postnatal androgen surge in typically developing boys. *Horm Behav*, 69, 98-105.
- Pasterski V., et al., (2015). Increased cross- gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Arch. Sex. Behav*, 44, 1363-1375.
- Roen K., Pasterski V. (2014). Psychological research and intersex/DSD: recent developments and future directions. *Psychol Sex*, 5, 102-116.
- Roen K. (2008). 'But we have to do something': surgical 'correction' of atypical genitalia. *Body Soc.*, 14, 47-66.
- Sax L. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res*, 39, 174-178.
- SchÖnbucher V., Schweizer K., Richter-Appelt H. (2010). Sexual quality of life of individuals with disorders of sex development and a 46,XY karyotype: a review of international research. *J Sex Marital Ther*, 36, 193-215.

- Schutzmann K., Brinkmann L., Schacht M. & Richter-Appelt H. (2009). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Arch. Sex. Behav.*, 38, 16-33.
- Schweizer K., Brunner F., Handford C., Richter-Appelt H. (2014). Gender experience and satisfaction with gender allocation in adults with diverse intersex conditions (divergences of sex development, DSD). *Psychol Sex*, 5, 56-82.
- Schweizer K., Brunner F., Gedrose B., Handford C. & Richter-Appelt H. (2017). Coping with diverse sex development: treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *J. Pediatr. Psychol.*, 42, 504-519.
- Sircili M.H., et al., (2014). Long- term followup of a large cohort of patients with ovotesticular disorder of sex development. *J. Urol*, 191, 1532-1536.
- Skakkebaek N.E., Rajpert-De Meyts E., Main K.M. (2001). Testicular dysgenesis syndrome: an increasingly common developmental disorder with environmental aspects. *Hum Reprod*, 16: 972-978.
- Stout S.A., Litvak M., Robbins N.M. & Sandberg D.E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia: classification of studies employing psychological endpoints. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 1-11.
- Thyen U., Lanz K., Holterhus P.M., Hiort O. (1988). Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany. *Horm Res*, 66, 195-203.
- Wang C. & Tian Q. (2015). The investigation of quality of life in 87 Chinese patients with disorders of sex development. *Biomed. Res. Int*, 342-420.
- Warne G., Grover S., Hutson J.M., Sinclair A., Metcalfe S., Northam E., Freeman J. Murdoch Childrens Research Institute Sex Study Group. (2005). A long-term outcome study of intersex conditions. *J. Pediatr Endocrinol Metab*, 18, 555-567.
- Weijnenborg P.T., ter Kuile M.M. (2000). The effect of a group programme on women with the Meyer Rokitansky Küster Hauser syndrome. *Br J Obstet Gynaecol*, 107, 365-368.
- Wiesemann C., Ude-Koeller S., Sinnecker G.H., Thyen U. (2010). Ethical Principles and Recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 169, 671-679.
- Wisniewski A.B. & Mazur T. (2009). 46, XY DSD with female or ambiguous external genitalia at birth due to Androgen Insensitivity Syndrome, 5-Reductase-2 Deficiency, or 17-Hydroxysteroid Dehydrogenase Deficiency: a review of quality of life outcomes. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2009(1), 567430.
- World Health Organization, *Mental health action plan*. (2013-2020). (2013). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Zucker K.J., Lawrence A.A. & Kreukels B.P. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 12, 217-247.

Sitografia

- <https://www.aisia.org>, (accessed 10/03/2020, h. 10.00).
- <https://www.dsdguidelines.org>, (accessed 10/03/2020, h. 11.30).
- <http://www.dsd-it.it>, (accessed 10/03/2020, h. 11.30).
- <https://www.cantiereterzosettore.it>, (accessed 10/03/2020, h. 9.00).
- <https://www.estrofiavescicale.it>, (accessed 10/03/2020, h. 12.30).
- <https://www.nascerekliefelter.it>, (accessed 10/03/2020, h. 10.15).
- <https://www.orpha.net>, (accessed 10/03/2020, h. 10.00).

Incongruenza di genere in età evolutiva: modelli di presa in carico psicologica

Jiska Ristori*, Alessia Romani*,
Alessandra D. Fisher*, Francesca Mazzoli*

Sommario - La presa in carico psicologica di minori con varianza e Incongruenza di Genere (IG) è un argomento che sempre più frequentemente suscita interesse all'interno della comunità scientifica. Nel corso del tempo, sono stati elaborati diversi approcci di presa in carico che hanno cercato di descrivere gli obiettivi e gli interventi da adottare in casi di IG in età evolutiva.

Questo contributo intende fornire una panoramica dei principali modelli di presa in carico psicologica in bambini e adolescenti con IG con particolare attenzione al Protocollo Olandese, il modello di riferimento per la presa in carico di minori con IG.

Nonostante non esista consenso unanime su quale sia l'approccio migliore, i recenti modelli di presa in carico psicologica sostengono che gli interventi non devono essere volti alla modifica dell'identità di genere né alla prevenzione di un'identificazione transgender dal momento che l'IG rappresenta una normale traiettoria di sviluppo. Inoltre, poiché l'IG in età evolutiva può manifestarsi con caratteristiche diverse ed avere esiti variabili, è necessario programmare interventi individualizzati a seconda del periodo evolutivo, tenendo in considerazione l'unicità e i bisogni specifici di ogni singola persona e mantenendo un atteggiamento neutrale e non giudicante.

In particolare, la presa in carico psicologica in infanzia è finalizzata alla creazione di uno spazio di riflessione in cui il minore può esprimere ed esplorare apertamente la propria identità di genere e a un lavoro volto ad una maggior comprensione della situazione e alla promozione di un buon funzionamento psicologico, con il supporto e l'accettazione dei genitori.

Mentre in infanzia non sono previsti interventi medici, il protocollo multidisciplinare di riferimento per gli adolescenti con IG prevede, in accordo con le linee guida internazionali e nazionali e in casi accuratamente selezionati di adolescenti con IG, la possibilità di sospendere la pubertà mediante gli analoghi del GnRH e successivamente, in caso di persistenza dell'IG, l'avvio dell'eventuale percorso medico di affermazione di genere.

Parole chiave: *Incongruenza di Genere; IG; identità di genere; infanzia; adolescenza; Modello Olandese.*

Abstract - Gender Incongruence in childhood and adolescence: psychological care models

Psychological care of youth with gender variance and gender incongruence (GI) represents a topic of increasing interest worldwide. Throughout time, several psychological models have been developed to define aims and interventions within the care of transgender youth.

This work aims at providing a view of the main psychological models in children and adolescents with GI with particular focus to the Dutch Approach, a widely used approach for the management of GI youth.

Despite the lack of a common agreement in the field, recent psychological care models affirm that interventions should never act in order to modify one's gender identity nor avoid the development of a transgender identification, since GI represents a normal developmental trajectory. Furthermore, given that GI in children and adolescents may be characterized by variability in its manifestations and outcomes, individualized treatment based on age and according to the specific needs have to be defined. In particular, psychological care in childhood aims to create a space in which youth may express and explore openly their gender identity, having a better understanding of the condition and promoting a healthy psychological functioning with parent support and acceptance. While no medical intervention is provided in children with GI, the multidisciplinary protocol for adolescents with GI, in line with international and national guidelines and in highly selected cases of adolescents with GI, introduces the possibility of puberty suspension with the use of GnRH analogues and subsequent gender affirming path, if GI persists.

Key words: Gender Incongruence; GI; gender identity; childhood; adolescence; Dutch Approach.

* SODs di Andrologia, Endocrinologia femminile e Incongruenza di Genere - AOU Careggi (Firenze).

Introduzione

La presa in carico di bambini e adolescenti caratterizzati da varianza e Incongruenza di Genere (IG) rappresenta una tematica di crescente interesse e attualità su cui i professionisti della salute transgender si confrontano a livello clinico e di ricerca. A livello internazionale e nazionale stiamo assistendo a una continua crescita di centri specialistici dedicati che riportano trasversalmente un progressivo aumento delle richieste per l'età evolutiva caratterizzate da una diminuzione dell'età media all'invio (de Graaf, *et al.*, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Steensma, *et al.*, 2013; Wiepjes, *et al.*, 2018; Zucker, *et al.*, 2012).

In particolare, al momento esistono diversi modelli di presa in carico in età evolutiva su cui non sempre esiste consenso unanime rispetto agli obiettivi e interventi da adottare. Probabilmente ciò deriva dal fatto che non esistono studi randomizzati che ne valutino l'efficacia (Byne, *et al.*, 2012).

La questione della presa in carico di minori con IG non è nuova. Storicamente, hanno dominato approcci psicoterapeutici di stampo psicodinamico e comportamentale, caratterizzati entrambi dall'obiettivo di voler intervenire sull'identità di genere cercando di modificarla in accordo al genere assegnato alla nascita. L'esito di un'identificazione transgender non era, infatti, considerato auspicabile e un bambino per essere *sano* doveva presentare un allineamento tra identità di genere e sesso biologico. Tale obiettivo era giustificato alla luce della plasticità e fluidità dell'identità di genere in infanzia e dall'alta percentuale di desistenza dell'IG in età adolescenziale e adulta (Zucker, 2008). Inoltre, considerando lo stigma sociale e/o il doloroso iter dei percorsi medici di affermazione di genere, la persistenza dell'IG era da considerarsi come una traiettoria di sviluppo da non supportare (Green, 1985; Rekers & Morey, 1989; Zucker, 2008). Tali posizioni non solo hanno riportato risultati discutibili (Byne, *et al.*, 2012), ma soprattutto sono attualmente condannate dalle associazioni, così come dal mondo scientifico. La World Professional Association for Transgender Health (WPATH; Coleman, *et al.*, 2011) ha dichiarato come non etici tutti quegli interventi volti alla modificazione dell'identità di genere o dell'espressione di genere. In linea, importanti associazioni cliniche internazionali, come l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, hanno esplicitamente formulato la propria posizione contro qualsiasi intervento psicologico che sia mirato al trattamento (e quindi alla modifica) di comportamenti di genere non conformi (Adelson, 2012). In linea, Langer e Martin (2004) sostengono che cercare di modificare il genere di una persona sia comparabile eticamente al "repellente intento di cambiare il colore della pelle di un bambino nero al fine di migliorare le interazioni sociali con i bambini bianchi". Bambini con sviluppo di identità di genere atipico sono infatti bambini sani e qualsiasi esito di sviluppo è da supportare.

Le prime linee guida per il trattamento dell'IG in infanzia e adolescenza risalgono al 1998, quando la Royal College of Psychiatrists ha enfatizzato l'importanza di una presa in carico multidisciplinare specialistica. In seguito tali linee guida so-

no state riprese dall'Endocrine Society inizialmente nel 2009 (Hembree, *et al.*, 2009), rielaborate nel 2017 (Hembree, *et al.*, 2017) e supportate dalla *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) negli *Standards of Care - 7 version* (SOC; Coleman, *et al.*, 2011), attualmente in revisione. Considerando la variabilità degli esiti in infanzia e adolescenza e alla luce delle caratteristiche peculiari dell'IG in queste due fasce di età, i percorsi di presa in carico si differenziano a seconda dell'età in cui un minore arriva all'attenzione dei clinici.

La presa in carico psicologica di bambini con Incongruenza di Genere

Nel corso dell'ultimo decennio, la presa in carico di bambini con IG è stata caratterizzata da rapidi cambiamenti ed è infatti in uno stato di *flux* (Shumer & Spack, 2013). Nonostante la difficoltà a definire con certezza quale sia l'intervento migliore da adottare in infanzia, esistono tuttavia alcuni punti condivisi. Prima di tutto, la presa in carico di bambini con sviluppo atipico dell'identità di genere non deve essere finalizzata alla prevenzione di un eventuale orientamento sessuale di tipo non eterosessuale (Shumer & Spack, 2013) e/o di un'identificazione transgender in età adolescenziale e/o adulta. Inoltre, in infanzia non è previsto alcun intervento di tipo medico. Piuttosto, l'obiettivo di un intervento psicologico in infanzia è volto a creare uno spazio in cui sia il bambino che la famiglia possano beneficiare di consulenze specialistiche e ottenere un adeguato supporto, ottimizzando l'adattamento psicologico e l'elaborazione di un'immagine positiva di sé (Byne, *et al.*, 2012). Inoltre, il rationale alla base di una presa in carico precoce è volto non solo all'esplorazione dell'identità di genere, alla presenza o meno di un'IG e del funzionamento psicologico in generale, ma anche all'acquisizione di abilità sociali e di coping, per la gestione di eventuali reazioni negative da parte degli altri o cui fare ricorso nella fase del *coming out*. In alcuni casi, un appropriato supporto psicologico serve a prevenire lo sviluppo di difficoltà nelle relazioni sociali, problemi emotivi, comportamentali o scolastici, o di bassa autostima (de Vries & Cohen Kettenis, 2012). Anche i genitori sembrano beneficiare di uno spazio psicologico al fine di comprendere meglio la situazione del figlio, di elaborare i propri vissuti emotivi in proposito e di avere indicazioni sulla gestione dell'IG nei vari ambienti di vita del bambino. Il focus più importante nel lavoro con le famiglie è volto all'accettazione (Forcier, 2013). I genitori verranno per questo aiutati nell'esplorazione ed elaborazione delle proprie preoccupazioni, dubbi, senso di perdita, vergogna, colpa e paura (quando presenti). Ciò per salvaguardare il benessere psicologico del bambino in quanto è noto che bambini non conformi rispetto al genere che non hanno il supporto della loro famiglia sono a maggiore rischio di distress, trauma, isolamento e psicopatologie associate tra cui depressione, ansia e rischio suicidario (Forcier, 2013; Roberts, *et al.*, 2012; Toomey, *et al.*, 2010).

In generale, l'IG rappresenta come un fenomeno eterogeneo che si manifesta con caratteristiche estremamente variabili da persona a persona (Smith, *et al.*, 2014). Ciò è particolarmente vero in infanzia: infatti, i bambini con uno sviluppo

atipico dell'identità di genere si presentano in modo diverso all'interno dello spettro dell'IG e ciò presuppone l'attivazione di percorsi individualizzati *ad hoc* secondo le caratteristiche ed esigenze specifiche di ogni singolo caso (Di Ceglie, 2013). In linea, è importante sottolineare come non tutti i bambini con sviluppo d'identità di genere atipico e/o che manifestano un'identità o ruolo di genere non conforme rispetto agli stereotipi di genere abbiano bisogno di una presa in carico psicologica. Al contrario, possono esserci situazioni in cui è invece necessario rispondere a richieste specifiche che si possono accompagnare alla gestione della disapprovazione, discriminazione e dinamiche di bullismo omo- e transfobico (Forcier, 2013; Stein, 2013).

Modello di Osservazione e Supporto (Approccio *Watchfull waiting*)

L'approccio *Watchfull waiting* si basa sul rationale di supportare il naturale decorso dello sviluppo dell'identità di genere di un bambino, senza indirizzare verso alcun esito in particolare. Ideatrici di questo modello, conosciuto anche come il cosiddetto Protocollo Olandese, sono state le figure pionieristiche della Cohen-Kettenis, psicologa e psicoterapeuta, e la Delemarre, endocrinologa pediatra, entrambi operanti fin dalla fine degli anni Ottanta nella clinica olandese per la presa in carico di minori con sviluppo d'identità di genere atipico. In particolare, tale approccio si focalizza sulle problematiche psicologiche di natura emotiva, comportamentali e/o familiari secondarie all'IG e potenzialmente impattanti sul benessere e il funzionamento del bambino nei vari ambiti di vita (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). La traiettoria della presa in carico psicologica è definita in seguito agli esiti di un'approfondita valutazione sia dell'identità di genere (e della presenza o meno di un'IG) che del funzionamento psicologico del bambino a livello emotivo, cognitivo, sociale e scolastico. In caso di IG, ma in assenza di problematiche psicologiche interferenti, se la famiglia lo ritiene utile possono essere attivate consulenze specifiche rispetto alla gestione di un bambino con sviluppo atipico dell'IG (i.e. quando e quanto favorire una transizione sociale, se e come fare il coming out). Inoltre, parte del lavoro consiste nel dare supporto e strumenti per la gestione dell'incertezza degli esiti (Di Ceglie, 2013). In linea con il rationale di tenere aperti tutti i possibili esiti di sviluppo, i genitori vengono incoraggiati a dare la possibilità ai bambini di accedere a un'ampia gamma di giocattoli e di attività che consentano una libera e serena esplorazione del genere. Inoltre, i genitori sono invitati a trovare un equilibrio tra una posizione di supporto e allo stesso tempo di protezione da eventuali reazioni transfobiche nel contesto di appartenenza (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Al contrario, se dalla valutazione psicologica emerge la presenza di psicopatologie, l'esperto in salute mentale potrà attivare un percorso di psicoterapia in cui verranno considerate e trattate le difficoltà specifiche del bambino.

Di Ceglie, primario in Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che dal 1989 ha gestito il Gender Identity Development Service a Londra (UK), ha svi-

luppato un modello di gestione dell'IG in età evolutiva che appare in linea con l'atteggiamento di Watchfull Waiting. In particolare, Di Ceglie ha formulato il concetto di Organizzazione Atipica di Genere (AGIO), come entità clinica che sottende lo sviluppo atipico dell'identità di genere. In particolare, l'AGIO si differenzia in base al grado di rigidità e flessibilità, all'esordio e alla presenza di eventi traumatici. In alcuni casi, l'AGIO sembrerebbe rappresentare una strategia psicologica di difesa a un evento traumatico in infanzia. Più precocemente si sarebbe verificato il trauma, più l'AGIO acquisterebbe rigidità e caratteristiche non modificabili e quindi persistenti nello sviluppo (Di Ceglie, 1998). Anche il suo approccio sottolinea la necessità di un riconoscimento e di un'accettazione non giudicante dell'identità di genere, volto alla riduzione delle difficoltà comportamentali, emotive e relazionali eventualmente presenti; ancora, la sua strategia punta all'interruzione del circolo del segreto, così che i familiari possano incoraggiare, insieme alle figure professionali, l'esplorazione della relazione tra la mente e il corpo dell'adolescente (Di Ceglie, 2013). È, infatti, necessario alleviare il senso di vergogna che i bambini e le loro famiglie possono provare, nonché lo stigma associato all'identità di genere atipica che frequentemente viene interiorizzato dalle persone con IG. Eventuali comportamenti ostili devono poter essere gestiti grazie allo sviluppo di abilità sociali (Di Ceglie, 2013).

In linea con i precedenti, Spack (2013) prevede un intervento psicoterapico individuale e familiare che accetti l'identità di genere emergente del bambino, pur mantenendo un'apertura verso tutti i possibili esiti relativi all'identità di genere e all'orientamento sessuale.

Modello affermativo

Il Modello Affermativo concettualizza la varianza di genere in età evolutiva come normale espressione della diversità umana. In particolare, sostiene che non bisogna intervenire sull'identificazione cross-gender, perché essa non è da considerarsi una variante problematica dell'identità di una persona (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012). Osservando l'IG secondo quest'ottica si concettualizza in modo diverso il bambino che "sfida" le norme di genere: il disturbo diventa diversità, il trattamento affermazione, la patologia orgoglio e la cura comunità (Pyne, 2014). In altre parole, lo sviluppo atipico dell'identità di genere nel bambino costituisce un "problema" perché si trova al di fuori di una visione binaria del genere, che è però un costrutto culturale della nostra società in questo momento storico. In tale ottica, l'intervento psicologico non dovrebbe essere rivolto ai bambini con comportamenti cross-gender, bensì al contesto sociale e familiare. Tra i professionisti che supportano un intervento affermativo, Hill, Menvielle, Sica & Johnson (2010) propongono di aiutare i genitori a supportare l'identità di genere dei figli prescindendo dal concetto di binarismo di genere e considerandola appunto come espressione della variabilità umana. Anche questo modello promuove l'atteggiamento di apertura verso tutti i possibili esiti, tenendo conto della fluidità dell'identità di

genere nell'infanzia. Si prevede quindi che solo alcuni bambini non conformi alle norme di genere desidereranno un futuro percorso di affermazione medica di genere, mentre altri non ne sentiranno la necessità (Ehrensaft, 2012; Menvielle, 2012). In ogni caso, il genitore ha il compito di supportare e accettare il bambino, nonché di proteggerlo dall'ambiente. Spesso, infatti, i bambini non conformi rispetto al genere devono affrontare l'ostracismo e le aggressioni da parte dei pari (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2003; Zucker & Bradley, 1995). D'altra parte gli stessi genitori possono avere difficoltà ad accettare la non conformità di genere di questi bambini. In linea, un gruppo di genitori ed educatori di Toronto ha elaborato la definizione di Indipendenza di Genere, che descrive l'ampia variabilità di espressioni ed esperienze di genere che possono essere vissute già in età evolutiva. Quest'ultima definizione potrebbe non solo depatologizzare, ma anche connotare positivamente l'IG, garantendo una nuova dignità e un maggiore rispetto ai bambini non conformi alle norme di genere. Questa proposta rispecchia una tendenza al progressivo aumento di supporto da parte dei genitori nei confronti dei bambini che vivono secondo il genere desiderato.

Transizione sociale precoce

La transizione di genere sociale in infanzia è ancora un argomento ampiamente dibattuto, su cui ancora non è stato trovato un consenso unanime da parte dei professionisti della salute (Coleman, *et al.*, 2011); per stabilire se e quando un bambino possa intraprendere una transizione sociale è necessario prendere in considerazione molti fattori (Edwards-Leeper & Spack, 2012) e a oggi l'assenza di ricerche sistematiche fa sì che non esistano evidenze su quali siano le conseguenze psicologiche di una transizione di genere sociale precoce (Di Ceglie, 2013).

L'Endocrine Society assume una posizione cauta rispetto a una completa transizione sociale di genere in bambini con IG prepuberi (Hembree, *et al.*, 2017), e ciò risulta in linea con quanto sostenuto in merito dal Gruppo Olandese. Questa posizione si basa sui dati che riportano una bassa persistenza dell'IG in infanzia, motivo per cui si vuole evitare una seconda transizione di genere sociale qualora la IG non dovesse persistere in adolescenza. La persona potrebbe, infatti, vivere questo secondo cambiamento con profondo distress e arrivare a voler evitarlo (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Per esempio, il bambino potrebbe percepire una seconda transizione come il frutto di un errore e vergognarsene o temere di essere preso in giro, o ancora potrebbe scontrarsi con il forte supporto riscontrato nella famiglia e nei pari nei confronti della precedente transizione sociale (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011).

I sostenitori dell'Approccio Affermativo vedono invece nella transizione sociale precoce uno strumento indispensabile per la salvaguardia del benessere del bambino, che altrimenti dovrebbe vivere in un ruolo di genere che sarebbe fonte di un forte distress e di una significativa riduzione della qualità di vita (Menvielle, 2012). Questa è anche l'esperienza di diversi genitori che hanno vissuto come

“non evitabile” la transizione sociale di figli con IG (Rutter & Schwartz, 2012). Di Ceglie (2013) ritiene che assecondare i desideri di un bambino con IG in termini di ruolo di genere non modifichi gli esiti finali della sua identità di genere, purché sia mantenuto un adeguato spazio di riflessione con i professionisti della salute mentale, i quali aiuteranno la persona a esplorare tutti i possibili esiti con i relativi pro e contro, e sempre nell’interesse del bambino. I SOC della WPATH (Coleman, *et al.*, 2011) sottolineano che la IG si manifesta con una profonda variabilità in termini di vissuti emotivi, e che le esigenze dei bambini sono diverse da caso a caso: alcuni possono avere la necessità di vivere nel ruolo di genere desiderato solo a casa, mentre per altri non poter vivere tale transizione anche nelle altre aree di vita può essere fonte di significativa sofferenza (Edwards-Leeper & Spack, 2012). La scelta di una transizione di genere precoce costituisce quindi un tema delicato che può essere esplorato con i professionisti della salute mentale tenendo conto delle caratteristiche peculiari del singolo caso e riflettendo sui benefici o controindicazioni di qualsiasi scelta, anche in considerazione dell’atteggiamento e i vissuti dei genitori. Il bambino deve prendere consapevolezza della possibilità di tornare indietro, e di avere davanti a sé tutti i possibili esiti (Coleman, *et al.*, 2011): in altre parole, intraprendere la transizione di genere precoce non significa necessariamente avviare un percorso medico di affermazione di genere.

Presa in carico in Adolescenza

Anche per quanto riguarda l’IG in adolescenza storicamente i modelli di stampo psicodinamico e comportamentista hanno avuto l’obiettivo di “persuadere” l’adolescente che il genere assegnato alla nascita fosse quello “corretto” (Giordano, 2012). Attualmente tali approcci sono condannati come non etici, dal momento che evidenze scientifiche e la pratica clinica mettono in luce la complessità dello sviluppo dell’identità di genere e l’incongruenza di genere come normale esito di sviluppo (Coleman, *et al.*, 2011; Giordano, 2012). Conseguentemente, il ruolo del professionista della salute mentale dovrebbe essere quello di aiutare l’adolescente a esplorare la propria identità di genere nella sua unicità (Giordano, 2012), sempre mantenendo un atteggiamento neutro rispetto agli esiti.

Considerando la persistenza dell’IG in adolescenza, la presa in carico di adolescenti con IG prevede la possibilità di un approccio integrato (Steensma, *et al.*, 2011; Steensma, *et al.*, 2013). A tal proposito, le linee-guida dell’Endocrine Society (Hembree, *et al.*, 2017) raccomandano un trattamento di soppressione della pubertà con gli analoghi del GnRH (GnRHa) in adolescenti che soddisfano precisi criteri: la diagnosi di IG, l’aver raggiunto almeno lo stadio di sviluppo puberale Tanner 2, l’aumento della sofferenza psicologica con l’inizio della pubertà, l’assenza di psicopatologie interferenti, la presenza di supporto psicologico e sociale, la comprensione degli esiti attesi e dei rischi e benefici delle varie opzioni terapeutiche (Coleman, *et al.*, 2011; Hembree, *et al.*, 2017). Le linee-guida dell’Endocrine Society si allineano al Modello Olandese, sviluppato già alla fine degli

anni Novanta da Cohen-Kettenis e Delemarre (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2011; Delemarre & Cohen-Kettenis, 2006; de Vries e Cohen-Kettenis, 2012) ripreso dai SOC della WPATH (Coleman, *et al.*, 2011) e che costituisce ancora il principale punto di riferimento per la presa in carico dell'IG in adolescenza. In particolare, si tratta di un protocollo multidisciplinare, composto da neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva ed endocrinologi, e multifasico che prevede, in casi selezionati e in seguito a un'approfondita valutazione psicodiagnostica, la somministrazione di GnRHa che rappresentano la cosiddetta "fase di valutazione estesa". I GnRHa consentono, infatti, di sospendere in maniera temporanea e completamente reversibile la produzione endogena di steroidi posticipando la pubertà (Smith, *et al.*, 2014). In tal modo, l'adolescente con IG potrà continuare a esplorare la propria identità di genere in maniera più serena e con una maggiore consapevolezza di sé anche rispetto alle scelte future. Infatti, il vissuto dell'inevitabilità dell'espressione naturale del proprio sesso biologico tende a intensificare la sofferenza secondaria a un'IG durante lo sviluppo puberale (Fisher, *et al.*, 2014): per esempio, le ragazze transgender possono vivere con profondo distress l'abbassamento del timbro della voce o la crescita dei peli, mentre i ragazzi transgender possono provare intensa sofferenza alla comparsa del ciclo mestruale o per la crescita del seno. Tali cambiamenti possono compromettere gravemente il funzionamento psicologico di un adolescente, a volte con esiti letali (Hembree, *et al.*, 2009; Spack, 2013). In linea, un ulteriore beneficio della fase di valutazione estesa è la possibilità di prevenire cambiamenti fisici irreversibili della fase puberale qualora l'IG dovesse persistere; sarà, infatti, possibile ottenere in età adulta caratteristiche fisiche più congruenti con la propria identità di genere ed evitare invasivi interventi chirurgici di affermazione di genere.

In caso di persistenza dell'IG e se presenti criteri di eleggibilità, a partire dai 16 anni di età è possibile passare all'assunzione di ormoni cross-sex. Tale fase rappresenta il primo step di un percorso medico di affermazione di genere, che può essere seguita o meno da eventuali interventi chirurgici di affermazione di genere a partire dai 18 anni.

Il Protocollo Olandese è stato studiato in termini di esiti a livello psicologico (Smith, *et al.*, 2014). Un primo studio (de Vries, *et al.*, 2011), che comprendeva 70 adolescenti con IG, ha dimostrato un miglioramento sul piano psicologico generale e sulla sintomatologia internalizzante nei partecipanti, in particolare una riduzione dei livelli di ansia e depressione (de Vries, *et al.*, 2011; de Vries, *et al.*, 2014; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Non sono stati evidenziati effetti sul livello di soddisfazione corporea e dell'IG, e tutti i partecipanti hanno proseguito con un intervento medico di affermazione di genere con l'assunzione della terapia ormonale cross-sex (de Vries, *et al.*, 2011). In continuità con il primo, è stato condotto il secondo studio longitudinale (de Vries, *et al.*, 2014), coinvolgendo 55 giovani transgender. I risultati sembrano evidenziare una riduzione dell'IG e un miglioramento del funzionamento psicologico in seguito all'inizio di interventi medici di affermazione di genere: il livello di benessere psicologico di questa popo-

lazione di studio risulta uguale o superiore rispetto alla popolazione generale (de Vries, *et al.*, 2014). In letteratura è presente anche uno studio di follow up (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2011) che prende in esame un ragazzo transgender preso in carico in infanzia e trattato con GnRHa all'inizio della pubertà. A 17 anni ha intrapreso la terapia ormonale cross-sex per poi sottoporsi a interventi chirurgici di affermazione di genere in età adulta. All'età di 35 anni mostrava un buon funzionamento psicologico, intellettuale e sociale, e nessun rimpianto rispetto al percorso. Non sono stati rilevati segni clinici di un impatto negativo sul sistema nervoso centrale. Questi primi studi supportano l'efficacia a lungo termine del protocollo olandese e riconoscono nel trattamento con GnRHa una valida opzione terapeutica nella presa in carico dell'adolescente con IG (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2011). Pertanto, a livello internazionale numerosi centri specialistici fanno riferimento al Modello Olandese, come descritto in letteratura per il centro di Boston (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Spack, *et al.*, 2012), di Melbourne (Hewitt, *et al.*, 2012) e Vancouver (Khatchadourian, 2014). In Europa sono riportate esperienze da vari Paesi, tra cui Inghilterra (Di Ceglie, 2013), Spagna (Moreno-Perez, *et al.*, 2012) e Italia (Fisher, *et al.*, 2014). La diffusione dell'uso dei GnRHa ha sollevato quesiti di natura etica e legale. Kreukels e Cohen-Kettenis (2011), dopo un'attenta rivalutazione dei vantaggi e degli svantaggi, mantengono una posizione a favore di un trattamento precoce in adolescenti con IG accuratamente selezionati: gli studi dimostrano la riduzione della psicopatologia associata, dell'autolesionismo, del suicidio, dei comportamenti a rischio quali l'auto-somministrazione ormoni al di fuori di controlli specialistici. Pertanto in definitiva i benefici risultano maggiori dei rischi, ma sono necessarie ricerche più sistematiche (Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011).

Conclusioni

La presa in carico di minori che hanno uno sviluppo atipico dell'identità di genere rappresenta una tematica delicata e di crescente interesse a livello sia clinico che di ricerca. A livello internazionale stiamo assistendo a un progressivo aumento di centri multispecialistici dedicati che si stanno sviluppando in risposta a un costante incremento di richieste a un'età progressivamente più bassa (de Graaf, *et al.*, 2018; Vance, *et al.*, 2014; Wiepjes, *et al.*, 2018). Inoltre, la possibilità di una presa in carico precoce assume un importante valore preventivo perché associata a esiti migliori in termini di salute mentale, fisica e sociale e ciò risulta di particolare rilevanza considerando che la popolazione di minori con IG è descritta come più vulnerabile rispetto ai pari della popolazione generale (Forcier & Johnson, 2013). Alla luce delle differenze fenomenologiche dell'IG in infanzia e adolescenza, la presa in carico di minori con sviluppo atipico dell'identità di genere presuppone iter diversificati a seconda del momento in cui il minore arriva all'attenzione clinica. L'infanzia, caratterizzata da una maggiore fluidità e variabilità degli esiti, prevede un lavoro focalizzato sulla comprensione del significato dei comportamenti cross-gender del bambino e sulla rete attraverso l'attivo coinvol-

gimento dei genitori. Quando invece l'IG persiste in adolescenza e in caso di sofferenza, la filosofia *in dubio abstine* non sembra applicabile (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Korte, *et al.*, 2008). La mancata presa in carico si associa, infatti, a conseguenze negative (Giordano, 2012) soprattutto in termini di compromissione della salute mentale, isolamento sociale così come di precoce abbandono scolastico o di comportamenti a rischio, come la ricerca autonoma dei farmaci (spesso via internet). L'adolescente potrebbe inoltre perdere fiducia nelle figure professionali, e al contempo sviluppare patologie psichiatriche, come la depressione, rischio di suicidio, ansia, disturbi oppositivi provocatori (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2011; Fisher, *et al.*, 2014). Pertanto, il Modello Olandese subentra come riferimento, sulla base del quale si prende in considerazione un intervento integrato che prevede anche la possibilità di un intervento medico precoce, sempre preceduto e supportato da un lavoro di sinergia con l'esperto in salute mentale (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

Al di là delle controversie esistenti rispetto alla presa in carico dell'IG in età evolutiva, alcuni aspetti sono universalmente condivisi: in primo luogo, la condanna di tutti gli interventi volti alla modifica dell'identità di genere per allinearla al genere assegnato alla nascita: l'esito dell'incongruenza di genere è, infatti, da considerarsi normale possibilità all'interno dello sviluppo psicosessuale di una persona. Tale esito in alcuni casi comporterà la possibilità di una transizione di genere che potrà essere di natura esclusivamente sociale oppure prevedere anche interventi medici di affermazione di genere a partire dall'adolescenza. In definitiva, non esiste una formula standard da applicare indiscriminatamente a tutti gli adolescenti con IG, ma, come è ovvio, ogni adolescente ha bisogno di comprendere quale sia il proprio percorso alla luce delle proprie caratteristiche e bisogni. Infatti, anche lo stesso intervento medico precoce, pur essendo una valida opportunità per alcuni adolescenti con IG (Di Ceglie, 2013), non costituisce un'opzione di supporto per tutti gli adolescenti con IG. Inoltre, è importante specificare che il Modello Olandese non intende promuovere l'adeguamento della persona agli stereotipi di genere (Stein, 2013) e tantomeno l'identificazione forzosamente binaria in un genere maschile o femminile. Ogni singolo caso viene considerato nella sua unicità, mediante l'esplorazione di tutte le sfumature che caratterizzano il continuum dello spettro di genere, e prendendo in considerazione ogni possibile esito, nonché le specifiche esigenze della singola persona. Sulla base di ciò, oltre a pianificare un intervento *ad hoc*, è necessario educare il minore con IG, in modo che prenda consapevolezza dell'infinità di modi di essere una persona di un particolare genere, o di interpretare un genere, a prescindere dal genere assegnato alla nascita.

Per risolvere i dibattiti su entrambi i piani, etico e clinico, è indispensabile la pianificazione di studi sistematici che valutino e confrontino i diversi approcci psicologici e clinici per ottenere dati empirici: ciò consentirà di ottenere un protocollo definitivo cui i professionisti possano rivolgersi per offrire la migliore assistenza al minore e alla famiglia, intervenendo sull'intensa sofferenza che in alcuni casi contraddistingue l'IG (Byne, *et al.*, 2012).

Bibliografia

- Adelson S.L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 957-974.
- Byne W., Bradley S.J., Coleman E., Eyler A.E., Green R., Menvielle E.J., ... Tompkins D.A. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 759-796.
- Cohen-Kettenis P.T., Owen A., Kaijser V.G., Bradley S.J. & Zucker K.J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41-53.
- Cohen-Kettenis P.T., Schagen S.E., Steensma T.D., de Vries A.L. & Delemarre-van de Waal H.A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P.T., De Cuypere G., Feldman J., ... Zucker K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
- de Graaf N.M., Giovanardi G., Zitz C. & Carmichael P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009-2016). *Archives of sexual behavior*, 47(5), 1301-1304.
- Delemarre-Van der Waal H.A. & Cohen-Kettenis P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorders in adolescents: a protocol on psychological and pediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155, 131-137.
- Di Ceglie D. (2013). Care for Gender-Dysphoric Children. In B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma & de Vries A.L.C. (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development, Progress in Care and Knowledge* (Chapter 8). New York: Springer.
- Di Ceglie D. & Freedman D. (a cura di), *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*, London: Karnac Books (1998).
- de Vries A., Steensma T.D., Doreleijers T.A. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283.
- de Vries A.L., McGuire J.K., Steensma T.D., Wagenaar E.C.F., Doreleijers T.A.H. & Cohen-Kettenis P.T. (2014). Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment, *Pediatrics*, 134(4):696-704.
- de Vries A.L. & Cohen-Kettenis P.T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality*, 59, 301-320.
- Edwards-Leeper L. & Spack N.P. (2012). Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a Major Pediatric Center. *Journal of Homosexuality*, 59, 321-336.
- Ehrensaft D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337-56.
- Fisher A.D., Ristori J., Bandini E., Giordano S., Mosconi M., Jannini E.A., ... Maggi M. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of Endocrinological Investigation*, 37(7):675-87.

- Forcier, M. M. & Haddad, E. (2013). Health Care for Gender Variant of Gender Non-Conforming Children. *Rhode Island Medical Journal*, 96, 17-21.
- Forcier M.M. & Johnson M. (2013). Screening, identification, and support of gender non-conforming children and families. *Journal of pediatric nursing*, 28, 100-102.
- Giordano S. (2012). *Children with Gender Identity Disorder, a clinical, ethical and legal analysis*. London and New York: Routledge.
- Green R. (1985). Gender identity in childhood and later sexual orientation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 339-341.
- Hembree W.C., Cohen-Kettenis P.T., Delemarre-van de Waal H.A., Gooren L.J., Meyer III, W.J., Spack N. P., ... Montori V.M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94(9), 3132-3154.
- Hembree W.C., Cohen-Kettenis P.T., Gooren L., Hannema S.E., Meyer W.J., Murad M.H., ... T'Sjoen G.G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903.
- Hewitt J.K., Paul C., Kasiannan P., Grover S.R., Newman L.K. & Warne G.L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 196(9), 578-581.
- Hill D.B, Menvielle E., Sica K.M. & Johnson A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: parental rating of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36, 6- 23.
- Khatchadourian K., Amed S. & Metzger D.L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *Journal of Pediatrics*, 164, 906-911.
- Korte A., Goecker D., Krude H., Lehmkuhl U., Grüters-Kieslich A. & Beier K.M. (2008). Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(48), 834-841.
- Kreukels B.P. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466-472.
- Langer S.J. & Martin J.I. (2004). How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(1), 5-23.
- Menvielle E. (2012). A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *Journal of Homosexuality*, 59, 357-68.
- Moreno-Pèrez O., De Antonio I. E. & Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinología e Nutrición*, 59, 367-82.
- Pyne J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23, 1-8.
- Rekers G.A. & Morey S.M. (1989). Personality problems associated with childhood gender disturbance. *Italian Journal of Clinical and Cultural Psychology*, 1, 85-90.
- Roberts A.L., Rosario M., Corliss H.L., Koeneke K.C. & Austin Bryn (2012). Childhood Gender Nonconformity: A Risk Indicator for Childhood Abuse and Posttraumatic Stress in Youth. *Pediatrics*, 129, 410-417.
- Royal College of Psychiatrists (1998). *Gender identity disorders in children and adolescents - Guidance for management*. Council Report CR63. London: Royal College of Psychiatrists.

- Rutter V. & Schwartz P. *The Gender of Sexuality. Exploring Sexual Possibilities* (2012). New York: Rowman & Littlefield.
- Shumer D.E. & Spack N.P. (2013). Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: guidelines, barriers and areas of controversy. *www.co-endocrinology.com*.
- Smith K.P., Madison C.M., Milne N.M. (2014). Gonadal Suppressive and Cross-Sex Hormone Therapy for Gender Dysphoria in Adolescents and Adults. *Pharmacotherapy*, Epub ahead of print.
- Spack N.P. (2013). Management of Transgenderism. *Journal of American Medical Association*, 309(5), 478-484.
- Spack N.P., Edwards-Leeper L., Feldman H.A., Leibowitz S., Mandel F., Diamond D.A. & Vance S.R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3):418-25.
- Steensma T.D., Biemond R., de Boer F. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
- Steensma T.D. & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40, 649-650.
- Steensma T.D., Kreukels P.C., de Vries A.L.C. & Cohen-Kettenis P.T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288-297.
- Stein E. (2013). Commentary on the treatment of gender variant and gender dysphoric children and adolescents: common themes and ethical reflections. In J. Descher & W. Byne (Eds.), *Treating transgender children and adolescents. An interdisciplinary discussion* (pp. 186-206). New York, NY: Routledge.
- Toomey R.B., Ryan C., Diaz R.M., Card N.A. & Russell S.T. (2010, September 6). Gender-Nonconforming Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: School Victimization and Young Adult Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology*. Advance online publication.
- Vance S.R., Ehrensaft D. & Rosenthal S.M. (2014). Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth. *Pediatrics*, 134(6): 1184-1192.
- Wiepjes C.M., Nota N.M., de Blok C.J., Klaver M., de Vries A.L., Wensing-Kruger S.A., ... Gooren L.J. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582-590.
- Zucker K.J. (2008). Associated psychopathology in children and adolescents with gender identity disorder. In H. F. L. Meyer-Bahlburg (Chair), *From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity disorder (GID) as a psychiatric condition*. Symposium presented at the meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.
- Zucker K. & Bradley S. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Zucker K.J., Wood H., Singh D. & Bradley S.J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369-397.

Lavorare con le famiglie con bambini che presentano varianza o disforia di genere: un modello di presa in carico integrato

Angela M. Caldarera*, Filippa D. Campagna**,
Laura Terrana**, Chiara Baietto***

Sommario - Lo sviluppo dell'identità personale è un processo che consiste in un continuum di variazioni ed implica l'emergenza di differenze su vari piani fino alla costruzione del senso di sé e alla definizione della propria identità. Tale processo comincia con la nascita e continua fino alla tarda adolescenza. Tra le dimensioni fondamentali dell'identità personale vi è l'identità di genere. Già da bambini è possibile mettere in atto comportamenti di tipo *gender diverse*, manifestando il desiderio di essere dell'altro genere, esprimendo insoddisfazione più o meno intensa per le caratteristiche fisiche del genere assegnato alla nascita. Tuttavia tali comportamenti nell'infanzia non sono necessariamente indicatori di disforia di genere in età adulta. È importante pertanto concedere del tempo, affinché il bimbo possa esprimere se stesso senza preconcetti e validare il proprio senso di sé a prescindere dal modo in cui evolverà, arrivando in maniera autonoma alla piena consapevolezza della propria identità di genere. Evitare il senso di vergogna e i vissuti di diversità è fondamentale per garantire un buon sviluppo del bambino e la sua integrità fisica e psichica. Il non sentirsi accettato in famiglia e nell'ambiente extra-familiare può innescare nel bambino sensi di colpa e di inadeguatezza e portarlo a sviluppare patologie e sintomi psichiatrici: ansia, umore deflesso, ritiro sociale, problemi alimentari, disregolazione emotiva e comportamentale, difficoltà nell'integrazione dell'aggressività.

Questo lavoro affronta la complessità e le modalità di presa in carico di bambini prepuberi con disforia di genere e delle loro famiglie. Dopo una parte introduttiva sullo sviluppo dell'identità di genere e su linee guida e approcci d'intervento descritti in letteratura, viene presentato il modello di presa in carico utilizzato presso l' "Ambulatorio per lo sviluppo dell'identità di genere" dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino: un intervento integrato e individualizzato, modulato sulla specificità del singolo bambino e volto a promuoverne il benessere. La presa in carico coinvolge l'intero nucleo familiare: i bambini accedono ad uno spazio di lavoro individuale e se lo desiderano possono prendere parte al gruppo fiaba attivo presso l'ambulatorio; ai *caregiver* vengono offerte delle sedute di consulenza sulla genitorialità e la possibilità di essere inseriti in un gruppo di supporto per genitori. Il lavoro è volto a sostenere il benessere del bambino e del suo nucleo di appartenenza, tenendo conto dell'intersecarsi delle dimensioni psicologiche, relazionali, sociali e ambientali, in una fase in cui è necessario tollerare l'incertezza relativa allo sviluppo di genere del bambino stesso. Scopo finale è proteggerne lo sviluppo psicologico e relazionale, stimolandone le potenzialità e lasciando spazio per l'esplorazione e l'espressione dell'identità di genere.

Parole chiave: *disforia di genere, varianza di genere, diversità di genere, infanzia, sviluppo dell'identità di genere, genitorialità.*

Abstract - Gender Incongruence in childhood and adolescence: psychological care models

The development of a personal identity is a process across which a continuous series of variations occurs at many levels, leading to the construction of a sense of self. This process begins at birth and continues until the late adolescence. Gender identity is an important component of personal identity. It is possible that children adopt gender-diverse behaviors,

* Psicologa, Dottore di Ricerca.

** Medico specializzando in NPI.

*** Neuropsichiatra Infantile, Responsabile Ambulatorio.

such as stating the desire to be of the other gender, expressing a moderately to highly intense dissatisfaction with the physical characteristics of the gender assigned at birth. However, these behaviors in childhood are not necessarily indicators of gender dysphoria in adulthood. It is therefore important to allow some time to pass, so that these children can express themselves without preconceptions and validate their sense of self regardless of how it will evolve. In order to ensure a positive development along with a physical and mental integrity, it is essential to avoid that these kids experience feelings of shame of not being like his peers. If they do not feel accepted by the family and the extra-family environment, feelings of guilt and inadequacy can be triggered and lead to psychiatric symptoms such as anxiety, low mood, social withdrawal, eating disorders, emotional and behavioral dysregulation, aggressive conducts.

This paper addresses the complexities and the process of care for prepubertal children presenting with gender diversity or gender dysphoria and their families. After an introductory part on gender identity development and on clinical guidelines described in scientific literature, we will describe the model of care currently provided by the outpatient service for gender identity development at the Regina Margherita Pediatric Hospital in Torino. Such model involves a tailor-made, integrated work, aimed at promoting the well-being of the child and the family. The intervention gets the whole family involved, providing individual sessions to the children, parenting advice to the caregivers, and access to a group work both to the children (Fairy Tale Workshop) and to the parents (support group). This approach aims at promoting the well-being of children and their families across a process which requires to tolerate the uncertainties of gender identity development. Such work takes into consideration the intersection of psychological, relational, social and environmental dimensions. The ultimate goal is to protect the children's psychological and relational development, by supporting and reinforcing their abilities and providing room for the exploration and expression of gender identity.

Key words: gender dysphoria, gender variance, gender diversity, childhood, gender identity development, parenting.

Varianza e disforia di genere nell'infanzia

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti può essere considerata come l'insieme delle capacità di svilupparsi, di divenire consapevoli degli altri ed essere empatici, iniziando a creare e mantenere relazioni personali reciprocamente soddisfacenti (NHS Health Advisory Service, 1995).

Lo sviluppo della persona è un processo che consiste in un continuum di variazioni ed implica l'emergenza di differenze su vari piani fino alla costruzione del proprio senso di identità. Tutti i bambini e gli adolescenti creano e superano tappe di apprendimento della percezione interna di sé e della natura delle loro relazioni con gli altri, ciò porta alla costruzione del senso di se stessi e alla delimitazione della propria identità, attraverso un processo di separazione/individuazione (Mahler, Pine & Bergman, 1978). Durante tale percorso il soggetto ha bisogno di delimitare dei momenti in cui ha raggiunto un'integrazione, ma nello stesso tempo ha la necessità di andare avanti secondo un susseguirsi di tappe di fissità e fluidità. Secondo Erikson (1963) l'adeguatezza dello sviluppo ad uno stadio rafforza il movimento verso lo stadio successivo, l'inadeguatezza può invece lasciare aree di vulnerabilità nello sviluppo futuro.

Già tra i due e i tre anni la maggior parte dei bambini ha consapevolezza del sesso loro assegnato alla nascita e del genere corrispondente e ha interiorizzato le

aspettative normative dettate dalla società sul modo di esprimere tale genere (Grossman & D'Augelli, 2007). Intorno ai tre anni cominciano a riconoscere e utilizzare i pronomi di genere e solo ai sei-sette anni elaborano il concetto di “costanza di genere”. Prima di questa età possono pensare che il genere venga determinato dal tipo di abiti, dalla lunghezza dei capelli, quindi dall'espressione del genere e che cambiando questa possa anche cambiare il genere (Egan e Perry 2001). I bambini piccoli possono avere il pensiero che crescendo diventeranno del genere desiderato.

Pertanto già da bambini è possibile mettere in atto comportamenti di tipo *gender diverse*, manifestare il desiderio di essere dell'altro genere, esprimere insoddisfazione più o meno intensa per le caratteristiche fisiche del genere assegnato alla nascita. (Knudson, *et al.*, 2010). Con il termine comportamenti *gender diverse* si indicano condotte come: indossare abiti e oggetti socialmente assegnati al genere opposto o preferire colori, giochi di ruolo tipicamente definiti del genere opposto, presentare insoddisfazione riguardo ai genitali. Tali comportamenti non necessariamente sono espressione di sviluppo atipico di identità di genere ma riflettono le molteplici modalità con cui gli esseri umani si esprimono (Nealy E., 2018).

Lo sviluppo dell'identità di genere continua fino all'adolescenza. Talvolta in questa età si evidenzia una fluidità che può coincidere con il riconoscersi alternativamente nel genere assegnato o con il genere opposto oppure non coincidere né con l'uno né con l'altro. In età adulta questa condizione può persistere (*gender-fluid, -queer, -variants, -diverse, -expansive, cross-dresser*).

In virtù delle caratteristiche di fluidità e fissità, comportamenti *gender diverse* nell'infanzia non sono necessariamente indicatori di disforia di genere associata né predittori precoci di un'identità di genere transgender in età adulta (Drummond, *et al.*, 2008). Inoltre nei bambini non è attualmente possibile prevedere se la disforia di genere si manterrà nella crescita sin dopo l'adolescenza (a questo aspetto ci si riferisce con il termine “persistenza”), perché non è possibile stabilire quanti e quali andranno verso la transizione in età adulta e quanti e quali non la seguiranno. È importante pertanto concedere del tempo, affinché il bimbo possa esprimere se stesso senza preconcetti e validare il proprio senso di sé a prescindere dal modo in cui evolverà la sua identità di genere, arrivando in maniera autonoma alla piena consapevolezza di ciò che è.

Evitare il senso di vergogna, le umiliazioni, è fondamentale per garantire un buon sviluppo del bambino e la sua integrità fisica e psichica. Se il bambino non si sente accettato in famiglia e nell'ambiente extrafamiliare, il sentirsi diverso può innescare sensi di colpa, di vergogna, vissuti di solitudine e portare a sviluppare ansia e umore deflesso, ritiro sociale, problemi alimentari e disregolazione emotiva e del comportamento con aggressività (Bocking, *et al.*, 2013; Almeida, *et al.*, 2009; Grossmann & D'Augelli, 2007) come anche evidenziato nel modello del *Minority Stress* (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). I bambini con varianza o disforia di genere possono più facilmente sentirsi causa dei conflitti intrafamiliari, respon-

sabili delle discussioni tra i genitori e dell'eventuale fallimento delle relazioni, tali situazioni sono da considerare fattori di rischio per patologie psichiatriche (Connor e Reuter 2006; Aitken, VanderLaan, Wasserman, Stojanovski & Zucker, 2016).

Modelli di intervento

Proprio per la complessità dello sviluppo dell'identità di genere descritta nel paragrafo precedente, la comunità scientifico-clinica, sia in ambito nazionale, sia internazionale, ha ritenuto indispensabile la messa a punto di linee guida per il lavoro con i bambini con incongruenza di genere. I diversi documenti prodotti, che saranno descritti di seguito, hanno l'obiettivo di fornire delle indicazioni, basate su esperienza clinica e su dati di ricerca, per realizzare degli interventi finalizzati a sostenere il benessere psicologico, sociale e relazionale di questi bambini e delle loro famiglie.

■ *Linee guida internazionali: gli Standards of Care della World Professional Association for Transgender Health (WPATH SOC)*

La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), a partire dal 1979 pubblica periodicamente un documento con gli standard di cura a favore delle persone transgender (*Standards of Care, SOC*). Questi standard vengono progressivamente aggiornati: la settima versione, attualmente in uso, è la più recente (Coleman, *et al.*, 2011), è stata tradotta in italiano a cura dell'ONIG. È in corso la preparazione di una nuova revisione. Gli autori specificano che i SOC devono essere considerati come delle linee guida flessibili al fine di poter garantire un approccio individualizzato che promuova il benessere della persona. Negli *Standards* sono esplicitati i principi che devono fare da guida, a partire dal principio per cui il professionista deve mantenere un atteggiamento rispettoso e non patologizzante verso le persone con varianza o disforia di genere. Sono inoltre specificate le competenze che i professionisti della salute mentale che lavorano in questo ambito devono avere come requisiti minimi, che, oltre al titolo di studio e ad una competenza in psicoterapia o counselling psicologico, devono: possedere un'adeguata competenza diagnostica che consenta di riconoscere la presenza di sofferenze psichiche coesistenti con la disforia di genere distinguendoli da essa; avere una conoscenza approfondita sulle identità e sulle espressioni di genere, sulla valutazione e sul trattamento della disforia di genere; mantenere un costante aggiornamento e una formazione continua, occupandosi anche delle proprie conoscenze relative alla situazione sociale, politica e legale del contesto in cui si opera.

Nel documento sono presenti diverse sezioni, tra cui quella dedicata al lavoro con bambini e adolescenti. La sezione affronta poi al suo interno separatamente l'infanzia e l'adolescenza, in quanto se ne riconoscono le diverse caratteristiche e quindi esigenze. Questa scelta è stata motivata con il dato riscontrato in letteratura scientifica per cui la disforia di genere, quando si presenta nell'infanzia, non necessariamente continua a presentarsi lungo lo sviluppo sino all'età adulta: l'APA

(2013) riporta che nei bambini con genere maschile assegnato alla nascita, una percentuale compresa tra il 2.2% e il 30% risulta mantenere la disforia di genere dopo lo sviluppo puberale; mentre nel caso del genere femminile assegnato alla nascita, essa si è mantenuta in una percentuale compresa tra il 12% e il 50%. Questo dato, spesso riferito con i termini di *persistence* e *desistence*, è stato oggetto di un acceso dibattito nei temi più recenti (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook, *et al.*, 2018; Winters, *et al.*, 2018; Zucker, 2018); in ogni caso diversi dati provenienti da contributi di ricerca e da report clinici convergono nell'indicare che diversi tra i bambini con incongruenza di genere, raggiunta la tarda adolescenza non continuano a provare una sofferenza significativa e altri non si identificano più come transgender (Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Questo aspetto della persistenza/desistenza della disforia di genere dopo lo sviluppo puberale è considerato un nodo focale nella realizzazione degli interventi a supporto dei bambini *gender-variant*: infatti il dato per cui una percentuale di bambini dopo lo sviluppo puberale non riporta più disforia di genere o non sente l'esigenza di procedere con degli interventi viene considerato come un indicatore di necessità di prudenza negli interventi con i bambini in età prepuberale, per cui la presa in carico deve essere necessariamente individualizzata, valutata quindi caso per caso in funzione di come procede la traiettoria di sviluppo di quel bambino, con quella famiglia, in quel contesto.

Sono specificate in questa sede anche le competenze dei professionisti della salute mentale che lavorano con bambini o adolescenti con disforia di genere, per cui, oltre a quelle indicate a livello generale (menzionate sopra), è richiesto di avere una preparazione specifica sulla età evolutiva e sulla psicopatologia dello sviluppo.

Per quanto riguarda gli aspetti più operativi del lavoro con i bambini, gli SOC indicano una presa in carico svolta attraverso i due passaggi della valutazione psicologica e di quello, successivo, degli interventi psicologici e sociali. Il momento di valutazione prevede, fermo restando un atteggiamento di accoglienza e riconoscimento delle preoccupazioni dei bambini e delle loro famiglie, l'esplorazione della natura e delle caratteristiche dell'identità di genere del bambino, e una parallela valutazione psicodiagnostica sul funzionamento generale del bambino stesso, dalla sfera emotiva a quella delle relazioni sociali, a quella scolastica. Deve essere posta attenzione anche al funzionamento familiare. L'obiettivo è quindi di offrire al bambino e alla sua famiglia una valutazione competente sull'identità di genere e sulla presenza di sofferenze psichiche coesistenti, e, in caso sia necessario, illustrare le diverse possibilità di intervento.

Le indicazioni in merito agli interventi psicologici e sociali menzionano diversi punti, a partire dal fatto che gli interventi di tipo correttivo-riparativo¹ si sono rivelati non solo inefficaci ma iatrogeni: il professionista sostiene la famiglia

¹ Ovvero gli interventi volti a rendere congruente l'identità percepita dalla persona con quella assegnata alla nascita. Su questo punto oramai le più importanti società professionali in ambito nazionale e internazionale hanno prodotto degli statement che sanzionano fortemente gli interventi di questo tipo, che vengono considerati in conflitto con i principi etici di cura.

ad accogliere positivamente le preoccupazioni del bambino con disforia di genere, e individua le fonti di supporto sociale all'interno della comunità; la psicoterapia si deve focalizzare sulla riduzione del disagio provato dal bambino in relazione alla disforia di genere e per eventuali altre difficoltà psicosociali; il professionista supporta la famiglia nell'affrontare l'incertezza legata allo sviluppo psicosessuale del bambino, e a sostenere lo sviluppo di un positivo concetto di sé nel bambino; i professionisti non devono imporre una visione binaria di genere, sostenendo l'esplorazione delle diverse possibilità di espressione di genere; il professionista supporta il bambino e la famiglia nel prendere decisioni relativamente alle modalità e alle tempistiche con cui modificare la manifestazione del ruolo di genere coerentemente con il proprio vissuto:

Ad esempio, un utente potrebbe frequentare la scuola mentre si trova in fase di transizione solo in parte (ad esempio, indossando abiti e con un taglio di capelli che rispecchia l'identità di genere) o completamente (ad esempio, utilizzando anche un nome e pronomi congruenti con l'identità di genere). Un problema potrebbe essere se e quando informare altre persone della situazione dell'utente, e come queste altre persone potrebbero reagire. (p.16)

I professionisti dovrebbero inoltre garantire la possibilità ai bambini e alle loro famiglie di mantenere un rapporto terapeutico durante ogni passaggio a livello sociale², in modo che le decisioni relative ai diversi passaggi possano essere costantemente valutate e gestite. In rapporto a questo aspetto, viene dedicato uno spazio al tema della transizione sociale nella prima infanzia: ovvero le situazioni in cui i bambini esprimono il desiderio di voler vivere socialmente (a scuola, così come nel tempo libero e nei diversi contesti di vita) nel ruolo corrispondente al genere esperito. Le famiglie possono reagire in modi molto diversi a questa richiesta del bambino, e anche in ambito clinico-scientifico questo punto è oggetto di dibattito, come si illustrerà più avanti. Negli *Standards* è sottolineato il ruolo del professionista della salute mentale nel sostenere le famiglie nel processo decisionale, attraverso l'offerta di informazioni sull'argomento, e l'esplorazione insieme alla famiglia dei benefici e dei punti difficili di quella scelta, considerato che, essendo l'identità di genere ancora in via di sviluppo, è possibile che il bambino desideri successivamente tornare al ruolo di genere iniziale, cosa che per un bambino potrebbe essere difficile e dolorosa. In tal senso gli SOC suggeriscono come il professionista possa sostenere i genitori nel considerare la transizione sociale come una "prova di vita in un altro ruolo di genere, piuttosto che in una situazione irreversibile" (p. 17), e anche nel valutare possibili compromessi (iniziare durante una vacanza per esempio), ricordando al bambino che è possibile tornare indietro. A tutti questi aspetti va posta particolare attenzione all'avvicinarsi della pubertà, momento in cui si potranno anche valutare eventuali interventi fisici.

² Poiché in questa sede si tratta dei bambini in età prepuberale, non vengono trattati i punti relativi agli interventi ormonali e alle linee guida sul lavoro con gli adolescenti.

■ *Linee guida nazionali: ONIG*

L'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) ha messo a punto delle linee guida (2015) che offrono delle indicazioni sul lavoro con persone minorenni e con le loro famiglie. Questo documento è stato prodotto mediante l'integrazione di quanto contenuto dagli SOC del WPATH, con i dati provenienti dalle ricerche successive alla pubblicazione dei SOC e dall'esperienza clinico-operativa avuta in contesto italiano dai diversi centri specializzati. Le linee guida affrontano sia gli aspetti organizzativi delle équipes di lavoro, sia il lavoro clinico. Per quanto riguarda l'organizzazione e la composizione delle équipes, queste devono essere necessariamente multidisciplinari, che abbiano al loro interno psicologi, neuropsichiatri infantili, endocrinologi e pediatri, per garantire una presa in carico globale. È necessario che l'équipe si incontri regolarmente per gestire in modo coordinato sia gli aspetti operativi, sia il lavoro clinico, e che i membri dell'équipe si aggiornino regolarmente mediante una continua formazione. L'équipe lavora in sinergia con i servizi territoriali.

Per quanto riguarda il lavoro clinico, le linee guida ONIG prevedono un primo incontro di accoglienza con i genitori del bambino³. In questo momento di conoscenza, il professionista raccoglie le prime informazioni sul bambino, e i genitori vengono informati sull'approccio del centro cui si sono rivolti, in modo da poter raccogliere il consenso informato necessario legalmente, da parte di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, per procedere con la presa in carico. Successivamente è prevista una fase di valutazione per condurre un'analisi della domanda ed un'esplorazione dello sviluppo dell'identità di genere del bambino così come il suo funzionamento globale, che potrà essere condotta mediante l'integrazione di colloqui clinici e somministrazione di questionari. Questa fase rappresenta altresì un momento importante per offrire informazioni sulle possibilità di presa in carico del Centro. Questa fase si conclude con un momento di restituzione alla famiglia di quanto emerso dalla valutazione e, in caso sia confermata la presenza nel bambino di una sofferenza legata all'identità di genere che richieda una presa in carico, con la proposta di un progetto di intervento integrato.

L'intervento integrato prevede la presa in carico dell'intero nucleo familiare e ha l'obiettivo di sostenere il benessere del bambino e del suo nucleo di appartenenza in una fase in cui è necessario tollerare l'incertezza relativa allo sviluppo psicosessuale del bambino e tiene conto dell'intersecarsi delle dimensioni psicologiche, relazionali, sociali e ambientali, per cui mediante una rete con le diverse organizzazioni territoriali, si lavorerà in sinergia con la scuola, e, in caso di sofferenze psichiche associate, con i servizi di Neuropsichiatria Infantile e/o di Psicologia dell'Età Evolutiva di territorio. È particolarmente importante prestare attenzione alla sfera delle relazioni sociali, poiché questi bambini spesso vanno incontro a delle difficoltà di socializzazione e alla possibilità di subire atti di bullismo

³ Si ricorda che in questa sede si tratta esclusivamente la parte di lavoro con i bambini in età prepuberale, per cui necessariamente il primo incontro è con i genitori.

con un collegato rischio di abbandono scolastico. Dall'altra parte un contesto scolastico accogliente diventa un'importante fattore di promozione del benessere psicologico del bambino.

Come emerge dai contenuti qui esposti, l'obiettivo degli interventi è quindi quello di favorire il più possibile la qualità di vita generale del bambino, stimolandone le potenzialità e lasciando spazio per l'esplorazione e l'espressione dell'identità di genere che andrà sviluppandosi proprio nella lunga traiettoria che si snoda dalla nascita, passando per l'infanzia, sino allo sviluppo puberale che porterà all'adolescenza, e infine all'età adulta.

■ *Modelli di intervento*

Oltre alle linee guida, è possibile ritrovare in letteratura diverse proposte di modelli di intervento. Come indicato da de Graaf e Carmichael (2019), lo scopo degli *Standards of Care* e delle linee guida prodotte dalle diverse società scientifiche si sono progressivamente modificate nel tempo, per dare spazio alle diverse possibili declinazioni dell'identità di genere personale al di là della concettualizzazione del genere come binario (maschio vs femmina), ma secondo infinite sfumature, lungo il cosiddetto *gender spectrum*. Le stesse autrici ricordano che in tale contesto, le diverse identità di genere non sono quindi considerate come una forma di disturbo mentale, ma come variazioni dell'esperienza umana (de Graaf & Carmichael, 2019).

Leibowitz (2018) (in relazione al tema della transizione sociale, di cui si tratterà di seguito in questo paragrafo), richiama la classificazione cui aveva fatto riferimento Zucker (2008), di tre diversi approcci alla disforia di genere nell'infanzia, e, pur specificando che tenerli in considerazione *tout court* sarebbe riduttivo, riconosce al tempo stesso l'importanza di conoscere l'esistenza di tale classificazione: generalmente vengono individuati (1) un approccio che ha l'obiettivo di ridurre la disforia di genere tentando di aumentare la possibilità del bambino di sentirsi a proprio agio con il genere assegnato alla nascita; (2) l'approccio del *watchful waiting* che implica l'assumere un atteggiamento di osservazione neutrale in merito ai comportamenti e all'espressione di genere del bambino, per cui non viene sostenuto ad effettuare alcuna transizione fino a che non diventa più grande, e possa comprendere meglio il significato del genere e la propria identità (De Vries & Cohen-Kettenis, 2012); e (3) l'approccio affermativo, che consiste nel procedere con una transizione sociale di genere egosintonica, che fornisce al bambino l'opportunità di vivere nel genere che dichiara di sentire, che è diverso da quello assegnato alla nascita (Ehrensaft, 2012). Il primo approccio non è più utilizzato in quanto è stato considerato comunque legato ad una visione della disforia di genere come un sintomo di una patologia e che come tale se ne debba ricercare l'eliminazione. Questo richiama le terapie riparative, che si sono rivelate non solo discutibili sul piano etico, ma gravemente iatrogene: le principali società scientifico-professionali come l'APA e il WPATH, hanno prodotto degli statement in cui si dichiara espressamente la necessità di evitare questi approcci e segnalarne l'uti-

lizzo da parte di colleghi, per poterli fermare; allo stesso modo si dichiara che i professionisti che adottino questi approcci siano soggetti a pesanti sanzioni da parte delle autorità di riferimento (per esempio, in Italia, l'ordine degli psicologi). Questo perché il tentativo di "ridirezionare", correggere l'identità del bambino eliminando i comportamenti non stereotipici del genere assegnato alla nascita, finisce per fargli sentire che esiste una identità "giusta" ed una "sbagliata" per i bambini e per le bambine, generando in lui ulteriori vissuti di colpa e vergogna, con un conseguente abbassamento dell'autostima e della fiducia in se stesso.

Il secondo approccio invita ad un'attesa neutrale, in cui al bambino è offerta la possibilità di sperimentarsi in contesti protetti, la famiglia è sostenuta dall'équipe nel tollerare l'incertezza legata allo sviluppo psicosessuale del bambino e nel farlo sentire supportato e accettato qualunque sarà l'identità che svilupperà. Questo approccio, proposto dal modello olandese e da quello inglese, secondo Leibowitz (2018) presenta dei rischi se usato in modo indiscriminato, per esempio con bambini che presentano una disforia di genere e a cui la possibilità di effettuare una transizione sociale sarebbe d'aiuto nel migliorare l'autostima, di vivere in armonia con il genere percepito.

Il terzo approccio, che Leibowitz definisce "di supporto alla transizione sociale" (altri autori lo definiscono "affermativo", ma questo viene criticato da Leibowitz), prevede un supporto pieno all'identità di genere esperita dal bambino, e quindi anche alla transizione sociale. Leibowitz (2018) individua delle complessità e degli ipotetici rischi anche in questo terzo approccio qualora venga applicato in modo indiscriminato, alla luce del fatto che a oggi non sono stati individuati dei predittori affidabili della traiettoria secondo cui si svilupperà l'identità di genere del bambino (persistenza della disforia di genere), per cui sostenere la transizione sociale in questi bambini potrebbe "assegnarli" ad un percorso lungo una traiettoria che magari sarebbe venuta meno senza la transizione. Infatti per i bambini che finiscono per non identificarsi come transgender in adolescenza, potrebbe essere necessaria una seconda transizione che li riporti al loro genere assegnato alla nascita. Per questo motivo è importante che il bambino stesso, i genitori e tutti i suoi altri significativi siano informati che il bambino possa a un certo punto "tornare indietro". Alla luce di queste considerazioni, Leibowitz osserva che, ai fini della presa in carico, per i professionisti della salute mentale è importante che il pensiero si sposti nel considerare come misura prioritaria del risultato dell'intervento non un certo sviluppo dell'identità di genere (*gender identity outcome*), ma il funzionamento emotivo, psicologico e sociale del bambino: da ciò la necessità di considerare ciascun bambino in modo individualizzato, e di sostenere la famiglia nel processo decisionale con una modalità ricca di sfumature, come approccio maggiormente etico. L'autore sostiene anche che non solo sia problematico parlare riduzionisticamente di tre approcci, ma anche indicare il terzo approccio con la parola "affermativo", in quanto essere "affermativi" come professionisti della salute mentale può essere inteso in modi diversi (Edwards-Leeper, Leibowitz & Sangganjanavanich, 2016).

In ogni modo gli approcci attualmente riconosciuti sono sempre di tipo supportivo, con un diverso grado di attesa vs affermazione; e generalmente tutti riconoscono l'utilità di un approccio integrato, in cui si lavora a livello individuale con i bambini, sulla genitorialità con i caregiver, e parallelamente si garantisce l'accesso a gruppi di supporto, sia per i bambini, sia per i genitori, talora per tutta la famiglia.

■ *Nodi critici nei modelli di intervento:
la transizione sociale in età prepuberale*

Sia de Graaf e Carmichael (2019) sia Leibowitz (2018) segnalano come la questione della transizione di genere sociale nei bambini in età prepuberale resti il nodo più controverso dibattuto al momento attuale⁴. Come menzionato sopra, l'approccio definito come affermativo può essere declinato in modi diversi. Nei casi in cui questo viene applicato *tout court*, i genitori sono incoraggiati a sostenere i figli ed esserne i portavoce, con l'obiettivo di creare un ambiente sicuro intorno a loro, che dovranno essere sostenuti incondizionatamente e validati nella loro identità di genere, senza che vengano messe in discussione le loro scelte (Ehrensaft, Giammattei, Storck, Tishelman & Keo-Meier, 2018; Hidalgo, *et al.*, 2013; Hill, Menvielle, Sica & Johnson, 2010). In relazione a questo alcuni autori hanno riportato che i bambini che hanno effettuato una transizione sociale siano più felici, abbiano una migliore qualità di vita (Olson, Durwood, DeMeules & McLaughlin, 2016). Esistono però delle posizioni critiche rispetto a un approccio di questo genere, per cui, come ad esempio citato da de Graaf e Carmichael (2019) Brunskell-Evans e Moore (2018) sostengono che avere fretta nella transizione rinforza comunque le tradizionali aspettative sociali di mascolinità e femminilità, che tra l'altro "forzano" maggiormente verso una prospettiva binaria di genere. Inoltre, non è chiaro se una transizione sociale precoce sia collegata ad una aumentata probabilità di procedere con la ricerca di cambiamenti fisici mediante interventi ormonali. Emergono ulteriori nodi critici: per esempio sempre de Graaf e Carmichael (2019) segnalano che è possibile che la transizione sociale precoce sia associata ad una maggiore tendenza a vivere in segreto, non condividendo al di fuori della famiglia nulla della storia dell'identità di genere, in quanto per alcuni bambini sembra che la prospettiva di avere un atteggiamento di apertura/disvelamento generi la paura di non essere accettati dai pari. Questo aspetto andrebbe a rinforzare una dinamica di segretezza, dinamica che impatta negativamente (Di Ceglie, 2014) sia a livello individuale per i vissuti di vergogna e imbarazzo ad essa collegati, sia a livello familiare per la situazione che l'intero nucleo si trova a gestire nei confronti del mondo esterno.

⁴ La transizione sociale, e quindi il vivere nel genere percepito da parte di un bambino in età prepuberale, è anche collegata al passaggio evolutivo successivo, ovvero all'avvio dello sviluppo puberale, che può essere messo temporaneamente in sospenso mediante il trattamento con bloccanti dello sviluppo puberale.

Alla luce di questi aspetti così contraddittori e controversi, nuovamente l'invito è di valutare tutti i possibili percorsi di presa in carico in modo individualizzato, caso per caso, e di sostenere le attività di ricerca soprattutto mediante studi longitudinali, di follow-up non soltanto sui pazienti che procedono nel percorso con l'avvio delle cure ormonali, ma anche di coloro che, pur arrivando ai centri specializzati, non procedono con le cure mediche. Spivey ed Edwards-Leeper (2019), per esempio, riconoscono i dati sui bambini che avendo effettuato la transizione sociale non presentano aspetti depressivi e riportano bassi livelli di ansia (Olson, Durwood, DeMeules & McLaughlin, 2016), ma sottolineano che questi dati arrivano da studi con disegni *cross-sectional* e non longitudinali, e che non hanno coinvolti gruppi di controllo come gruppi bambini con disforia di genere che però non abbiano effettuato una transizione sociale. De Graaf e Carmichael (2019) segnalano l'importanza dei gruppi di sostegno sia per i genitori, sia per i bambini. In questo i gruppi possono sostenere i *caregiver* a mantenere il delicato equilibrio tra l'accoglienza e l'atteggiamento affermativo, assicurando i giusti spazi e tempi perché l'identità unica e individuale del bambino possa emergere. Le Autrici sostengono che a questi cambiamenti e sfide i professionisti possono rispondere "con rispetto e accoglienza, ma anche con curiosità e cura" (p. 361⁵).

In conclusione è importante tenere conto di come l'area dell'identità di genere tenda a sollecitare molto le opinioni, i sentimenti, delle persone rispetto a questo tema, anche da parte dei professionisti che se ne occupano (Miller e Davidson, 2019). Questo può portare ad una vera e propria polarizzazione delle diverse posizioni, per cui diventa difficile lavorare clinicamente in questo contesto, che tra l'altro in questo momento storico ha un forte riverbero sociale, e si rischia come professionisti di irrigidirsi, nel tentare di capire cosa sia di maggiore aiuto tra due posizioni contrapposte – se sostenere la transizione sociale in età prepuberale e quindi avviare poi gli interventi fisici il prima possibile, o mantenere un assetto esplorativo senza considerare assolutamente alcun intervento fisico. Anche Miller e Davidson (2019) suggeriscono che la via per superare questa polarizzazione sia che ciascun professionista sa sempre pronto a mettere in discussione il proprio pensiero, e di mantenere una posizione curiosa, flessibile, capace di farsi delle domande, minimizzando quindi la possibilità di diventare sempre più rigidi nel pensiero e nella pratica clinica di conseguenze.

Modalità di presa in carico presso il servizio per lo sviluppo dell'identità di genere dell'ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino (OIRM)

Dal 2009 è attivo presso la Struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile un ambulatorio dedicato alle famiglie con bambini e ragazzi, sino ai 18 anni, con varianza/disforia di genere.

⁵ TdA - Traduzione dal testo in lingua originale a cura degli Autori.

Il lavoro è svolto in sinergia con il C.I.D.I.G.E.M., (Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Torino), Centro di riferimento regionale che si occupa di pazienti adulti, come da mandato della DGR n°68-267 del 2015.

Le famiglie che giungono al nostro ambulatorio generalmente hanno prima consultato il pediatra di famiglia, che, nella stragrande maggioranza dei casi, ha rassicurato loro circa la salute del bambino a riguardo di questo particolare aspetto e proposto una condotta di attesa, per verificare la persistenza della situazione.

Spesso l'invio è mediato dal pediatra stesso che, verificata la non transitorietà della situazione, prende contatto diretto e riferisce quanto osservato, dando informazioni anche sulla salute generale del piccolo paziente e sul nucleo familiare; più raro è l'invio da parte dei medici endocrinologi pediatri a cui i genitori si sono rivolti nel dubbio che la situazione possa essere la conseguenza di una alterazione ormonale.

Altre famiglie si presentano su indicazione dei servizi di NPI e di Psicologia del territorio, ove sono già seguite per problematiche psicologiche/NPI. In questo caso può accadere che i colleghi, dopo averne discussa l'opportunità con i genitori, richiedano una valutazione dello sviluppo di genere ed una presa in carico congiunta. Altre famiglie ancora giungono direttamente o su segnalazione del C.I.D.I.G.E.M. a cui si sono rivolte per un primo consulto.

Di solito i genitori che giungono spontaneamente hanno già nozioni a riguardo della non conformità di genere, che hanno ottenuto con ricerche su internet o tramite le Associazioni. Il primo contatto con il nostro ambulatorio è telefonico. Durante la chiamata viene esplicitata la modalità di accesso al servizio (necessaria impegnativa mutualistica anche con causale generica, ad es. disturbo d'ansia) ed il fatto che i primi colloqui avverranno solo con i genitori. Il primo incontro viene programmato in tempi brevi.

Il primo colloquio è particolarmente importante ed ha il significato di presentazione reciproca: la famiglia che giunge al servizio si pone, da un lato, molte domande su come sarà accolta, sulla qualità della prestazione professionale, sul rispetto e sulla serietà con cui la situazione sarà affrontata ma anche si trova a dover esplicitare una condizione di disagio ed incertezza che riguarda il proprio bambino e la relazione con lui, ed ad interrogarsi su cosa possa essere più adeguato per il suo benessere.

Per alcuni genitori la non conformità di genere del loro figliolo è un aspetto angosciante, che è difficile da accettare, la richiesta agli "specialisti" è quella di essere rassicurati sul fatto che si tratta di comportamenti transitori o che siano aspetti modificabili con un adeguato intervento; per altri, ugualmente angosciati, il problema è rappresentato non dal genere non conforme ma "dal cattivo mondo esterno che può traumatizzare il bambino", altri ancora sono in estrema difficoltà ad accettare che il loro figlio, nato in un genere e da loro accolto come maschio/femmina si sia "trasformato" in un bambino di genere diverso, e dichiarano la preoccupazione di non sentirsi in grado di accettarlo in queste sue nuove vesti.

Alcuni si chiedono se questa situazione possa essere stata conseguenza di traumi o altri eventi avversi o di problematiche educative/relazionali. La maggioranza, però, esprime preoccupazioni sul benessere del bambino e sul suo futuro, i genitori sentono che il loro figliolo dovrà affrontare molte difficoltà e si chiedono come aiutarlo.

Il primo colloquio è quindi, da subito, un intervento di sostegno alla genitorialità, in cui i genitori si debbono poter sentire accolti, non giudicati ed aiutati nella loro funzione. È anche il momento in cui vengono date le indicazioni generali su come si articolerà l'intervento. Nel primo colloquio ed in quelli successivi sono fornite informazioni sulla non conformità di genere in età pediatrica, sulla prevalenza nella popolazione, sulla persistenza nelle età successive. Viene esplicitato ai genitori che l'obiettivo della presa in carico non è di influenzare/modificare in alcun modo lo sviluppo di genere, ma di adoperarsi perché il bambino cresca sentendosi accettato e riconosciuto nel suo valore e nelle sue capacità. Si verbalizza come la modalità di intervento consista nell'accompagnare la famiglia, nel sostenere la crescita psicologica e nel prevenire, se possibile, l'insorgenza di disagio psicologico che può essere correlato alla non conformità di genere.

Si parla con i genitori di come l'identità di genere non sia una condizione che dipenda dalle scelte individuali e del fatto che non è possibile prevedere quale sarà il genere che esperirà il bambino quando sarà adulto. I genitori divengono progressivamente consapevoli del fatto che dovranno tollerare l'incertezza e la confusione a riguardo di come sarà il loro bambino nel futuro.

Viene anche evidenziato come sia necessario un lavoro di ricerca scientifica sullo sviluppo di genere e le sue peculiarità, che affianchi l'attività clinica e consenta di acquisire maggiori conoscenze, e si richiede ai genitori di firmare un doppio consenso informato, per la presa in carico clinica e per l'attività di ricerca.

Solitamente i genitori aderiscono volentieri a questa seconda richiesta che li fa sentire coinvolti in un lavoro a vantaggio dei loro figli e chiedono di essere informati sui risultati.

La firma del consenso informato da parte di entrambi i genitori è indispensabile dal punto di vista etico e medico-legale per il procedere dell'intervento e sancisce concretamente un atteggiamento di fiducia reciproca e di collaborazione tra operatori del servizio e genitori.

Dopo un certo numero di colloqui con i genitori, in cui si esplora la storia della famiglia, la storia personale di ciascun genitore e della coppia, le caratteristiche individuali del bambino, le sue potenzialità, i suoi gusti, i rapporti con i fratelli, l'immagine che i genitori hanno di lui complessivamente, viene proposto un'osservazione di tipo partecipato del bambino (Vallino, 2010), individuale e/o in gruppo.

Generalmente si cerca di avviare entrambi i percorsi per consentire una buona conoscenza delle caratteristiche del bambino ma la modalità di presa in carico non presenta criteri standardizzati; è legata a quello che i genitori segnalano (ad esempio può capitare che un bambino descritto come timido sia avviato prima alle sedute individuali), e al parere dei genitori circa le sue necessità individuali. La presa

in carico diretta del bambino non avviene infatti in tutte le situazioni: talora i genitori ritengono che il loro figlio/a non abbia alcuna difficoltà e chiedono, soprattutto all'inizio della presa in carico, un intervento riservato a loro, che li aiuti come genitori.

Al momento dell'avvio della conoscenza del bambino è importante concordare con i genitori cosa verrà detto al bambino: non è raro che i genitori incontrino una certa difficoltà a spiegare il motivo della consultazione, spesso non hanno mai parlato di questi aspetti con il loro bambino per il timore di dire/fare cose che lo possano danneggiare, in altri casi i genitori sono in difficoltà ad accettare la conoscenza diretta del loro figlio da parte nostra: può emergere la preoccupazione che frequentare il nostro ambulatorio, partecipare ad un gruppo di gioco o a delle sedute psicologiche possa essere traumatico per il bambino con incongruenza di genere in quanto potrebbe dare il messaggio che si tratti di qualche patologia da curare.

In effetti è capitato che alcuni bambini, a cui non erano state date spiegazioni, abbiamo chiesto come mai dovessero recarsi in ospedale essendo sani. È quindi molto importante parlare preventivamente ed in modo esaustivo di questo aspetto con i genitori, prima di iniziare il lavoro con i bambini, i genitori debbono essere convinti che sarà utile ai loro figli poter parlare di come si sentono e conoscere altri bambini con caratteristiche simili alle loro. Il nucleo centrale della comunicazione che va fatta al bambino da parte dei suoi genitori è che persone esperte nella crescita dei bambini che sentono di essere diversi dagli altri maschi/femmine lo vogliono incontrare per conoscerlo, perché provano interesse per lui/lei, e che questo avverrà in quanto i suoi genitori hanno già conosciuto quei dottori e hanno loro chiesto di essere aiutati a farli crescere come si sentono di essere.

Nella pratica clinica è apparso evidente come i bambini, correttamente informati e sostenuti dai loro genitori, apprezzino gli spazi individuali e di gruppo loro riservati e li utilizzino per esplorare e per condividere i loro vissuti relativi all'incongruenza di genere. I bambini, supportati dall'atteggiamento neutrale, empatico e non giudicante degli operatori, si sentono autorizzati non solo a comportarsi come desiderano ma anche a parlare delle loro paure e preoccupazioni a qualcuno che sentono in grado di ascoltarle senza esserne travolto. Operativamente è necessario prevedere uno spazio ed un tempo di esplorazione dei vissuti di diversità per il bambino e la sua famiglia sufficientemente lungo, atto a consentire una adeguata elaborazione ed integrazione. Ai genitori, oltre allo spazio individuale, viene offerta la possibilità di un percorso di gruppo per condividere i pensieri con altre famiglie. Questo "tempo per pensare insieme" è veramente di rilevante importanza terapeutica sia per i bambini che per i genitori in quanto protettivo per la crescita ed il benessere psicologico.

I genitori devono essere aiutati ad un punto di vista ampio, centrato sull'individualità del figlio per non leggere ogni comportamento, preoccupazione, paura, come determinato all'incongruenza di genere. Un aspetto centrale della presa in carico è proprio "ricostruire" un'immagine del bambino nella sua complessità che va molto oltre gli aspetti di genere ma parla di lui/lei come di un individuo unico,

con caratteristiche sue proprie. La mancanza di riflessione su questi aspetti porta spesso, nei genitori e negli adulti in genere, a dimensioni acritiche di negazione del problema, radicalizzazione del modo di vedere, attribuzione di ogni sofferenza psicologica o caratteristica del bambino all'incongruenza di genere o per contro, la non accettazione del bambino per quello che sente di essere.

I bambini che crescono in contesti ideologicizzati, di pensiero acritico, che sperimentano non accettazione, disvalore da parte degli adulti di riferimento possono essere in grave difficoltà a costruire ed integrare gli aspetti del sé in modo coerente e funzionale.

L'opportunità o meno di consentire la transizione sociale infine viene affrontata e discussa caso per caso, con prudenza e riflessione, cercando di porre l'attenzione sul bambino, rispettando quello che sente di essere e tenendo conto del contesto sociale in cui vive.

Interventi a supporto del bambino e della famiglia

I bambini che afferiscono al nostro ambulatorio frequentano tutti la scuola, per la maggioranza la primaria, presentano mediamente un rendimento scolastico adeguato. Raccontano di avere amici anche se molti riferiscono di essere stati presi in giro e messi da parte. Sentono che la loro è una situazione "strana" e si chiedono se ci siano altri bambini come loro. Riferiscono vissuti di solitudine, alcuni presentano problematiche depressive conseguenti alla percezione della difformità di genere come di un problema che comporta la perdita dell'affetto delle persone care.

La presa in carico individuale del bambino viene effettuata in maniera flessibile e modulata a seconda delle necessità del bambino e dei suoi genitori e la proposta del progetto, formulata dall'équipe, viene condivisa con i genitori. Indicativamente tutti i genitori usufruiscono di intervento di sostegno alla funzione genitoriale (individuale e/o di gruppo) mentre l'intervento maggiormente modulato è quello rivolto ai bambini. In alcune situazioni infatti non frequentano il Servizio. In questi casi, i genitori non ne ravvisano la necessità, poiché il bambino presenta buon adattamento sociale e non mostra segnali di disagio.

In altre situazioni, in particolare se i bambini sono molto piccoli, si concordano sedute di osservazione e supporto con il bambino ed i suoi genitori, volte a facilitare la comunicazione e la relazione all'interno della famiglia. Le sedute individuali sono riservate ai bambini più grandi ed hanno un duplice obiettivo: la valutazione globale di sviluppo volta a evidenziarne l'adeguatezza e la eventuale psicopatologia associata ed il supporto psicologico del bambino rispetto alla percezione di sé e della incongruenza di genere. Spesso infatti nei bambini è presente transfobia interiorizzata, aspetto che va affrontato nel corso del percorso.

Il gruppo fiaba (Lafforgue, 2005), infine, è offerto a tutti i bambini; alcuni però, soprattutto se molto ritirati e con difficoltà a socializzare, almeno in un primo tempo non ne usufruiscono. Il gruppo è una risorsa importante perché consente ai bambini di mostrarsi come sentono di essere e di confrontarsi con altri. L'inter-

vento di gruppo è generalmente ben accetto anche dai genitori che apprezzano il fatto che si tratti di un'esperienza non "medicalizzata" che si svolge al di fuori dell'ambiente ospedale.

A conclusione del presente articolo è inserito un diagramma di flusso che riassume la presa in carico qui illustrata.

La seduta individuale

Le sedute individuali vengono svolte in ambiente ospedaliero, la stanza delle sedute è però un ambiente non medico, accogliente, con qualche elemento di personalizzazione e "a misura di bambino" (tavolo di altezza adatta, stampe alle pareti...). Gli strumenti utilizzati nelle sedute sono essenzialmente la "scatola di gioco" (per i più piccoli) e la "cartellina" (per i più grandi e gli adolescenti) che sono personali e utilizzabili solo durante il trattamento e solo dal singolo bambino. Ad ogni incontro la stanza viene preparata per il bambino con la sua scatola di gioco o la sua cartellina.

Nel corso degli incontri può essere necessario utilizzare strumenti di valutazione psicologici come delle tavole (con scene di animali) che vengono fatte descrivere al bambino (Children's Apperception Test), delle favole di cui il bambino deve immaginare il finale (Favole della Düss) e, ancora, la matita, i colori e i fogli che il bambino utilizza sia per i disegni liberi sia per i disegni (della persona, della famiglia, delle emozioni) che vengono talvolta richiesti dall'operatore. Dentro la scatola sono presenti una serie di giocattoli scelti attentamente secondo il significato simbolico che questi possono avere; la cartellina contiene fogli, matite, pennarelli, scotch, colla, gomma, forbici. I giocattoli non devono suggerire un gioco preciso, né esprimere significati predefiniti.

Il valore del materiale consiste nel dare la possibilità al bambino di scegliere e utilizzare un giocattolo per creare un gioco personale, da condividere con l'operatore. Il gioco, infatti, è strumento importante di espressione: tramite esso il bambino inizia a conoscere ed esplorare il mondo e a padroneggiarlo. Allo stesso tempo, avendo il bambino una semantica ristretta, il gioco diventa importante mezzo di comunicazione di fantasie, preoccupazioni, vissuti, che vengono così drammatizzati ed elaborati.

I primi incontri sono fondamentali per generare un clima di fiducia nei confronti dell'operatore. In alcuni casi si chiede al genitore di accompagnare il bambino nella stanza della seduta, si spiegherà al bambino che il genitore aspetterà non lontano della stanza della seduta e che in qualsiasi momento può andare da lui (non è raro che durante i primi incontri il bambino chieda di uscire per salutare il genitore). All'inizio del primo incontro ci si presenta e si lascia tempo al bambino per esprimere eventuali domande ed osservare, è poi necessario spiegare in termini semplici le modalità degli incontri ed il significato del lavoro che si andrà a svolgere. Il linguaggio che si adopera durante gli incontri deve essere adattato a quello usato dal bambino che sceglie il tipo di giochi e le attività da fare, l'operatore si inserisce nel gioco senza dirigerlo né influenzarlo.

Intervento di gruppo per bambini

L'intervento si ispira alla metodologia del gruppo-fiaba di P. Lafforgue (2005), negli anni si è diversificato nei contenuti e nei metodi, sulla base delle caratteristiche dei bambini partecipanti.

Gli obiettivi dell'intervento di gruppo si indirizzano, in particolare, su tre fondamentali aspetti: favorire le capacità relazionali; consentire l'esplorazione della propria identità, anche di genere, secondo la percezione del sé e l'espressione della stessa in un contesto protetto; favorire il confronto tra pari e la condivisione, aumentando la capacità riflessiva e la possibilità di rispecchiamento.

Si tratta di un gruppo aperto costituito da 10 bambini di età compresa tra i 4 e i 12 anni, condotto da due/tre medici specializzandi in Neuropsichiatria Infantile, un'arte-terapeuta e un educatore professionale. La partecipazione al gruppo è aperta ai fratelli o sorelle dei bambini con disforia di genere. È importante specificare che la possibilità di partecipare al gruppo viene riproposta negli anni e che alcuni bambini hanno quindi partecipato fin dal primo anno di costituzione dell'intervento. Gli incontri hanno durata di 2 ore, a cadenza quindicinale, dal mese di settembre a quello di giugno e si svolgono in ambiente extra-ospedaliero. In parallelo al gruppo dei bambini, una volta al mese, si svolge l'intervento di gruppo dei genitori.

L'attività è stata avviata nel 2015, da un lavoro di arteterapia con la creta si è giunti alla costruzione di un racconto/fiaba che è poi stato rappresentato prima in un libro, costruito coralmemente, e quindi in un cortometraggio (tecnica *stop-motion*). Si è deciso, infine, nell'ultimo anno, di mettere in scena un film recitato costruendo dialoghi e coreografie. La caratteristica principale è stata la continuità negli anni tramite una traccia conduttrice rappresentata dalla storia inventata dai bambini.

La struttura degli incontri è la seguente:

Accoglienza: i bambini vengono accolti dagli operatori all'orario atteso ed insieme si entra nella stanza dove è presente l'arte-terapeuta.

Disposizione: nella stanza ci si dispone seduti in cerchio. L'incontro si apre con un piccolo rito iniziale costruito insieme durante il primo incontro. Si salutano i bambini e di solito qualcuno di loro racconta qualcosa delle due settimane intercorse. Successivamente si riprende l'incontro precedente, si racconta cosa si è fatto per gli assenti, si riflette insieme su come è andato.

Attività centrale: negli anni si sono svolte diverse attività: si è lavorato la creta, si è svolto un gruppo fiaba "classico" con lettura di una fiaba della tradizione, si è creata una fiaba coralmemente, si è creato un cortometraggio con foto e infine un piccolo film recitato (Bettelheim, 1977). L'attività centrale del gruppo si è divisa in due momenti: un primo momento di lettura o scrittura e un secondo momento di "rappresentazione" in cui i bambini hanno avuto la possibilità di "vestire" un personaggio della fiaba letta o il personaggio del loro racconto e di recitare insieme una o più scene (consentendo ai bambini di interpretare un personaggio da loro scelto e di riflettere insieme sugli aspetti della fiaba per loro salienti). Il momento

della rappresentazione diventa esperienza fondamentale in ogni incontro. Il bambino sceglie con cura i vestiti, le parrucche, gli accessori e mette in scena un personaggio scegliendone l'età, il genere, il ruolo e gli aspetti caratteriali senza alcuna influenza da parte dell'adulto per quel che riguarda la scelta.

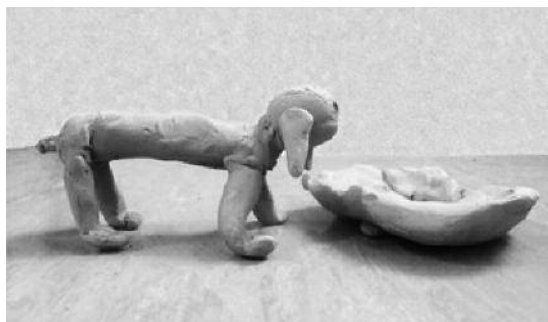
Restituzione: a termine della rappresentazione ci si siede a tavolino e si chiede, per chi lo desidera, di fare un disegno.

Saluto: ci si saluta dopo aver dedicato del tempo ad un momento di gioco di squadra, accogliendo le proposte dei bambini.

Gli operatori del gruppo, ciascuno per la loro competenza professionale, conducono le attività, mediano e favoriscono le relazioni fra i partecipanti; l'arte terapeuta si occupa dei materiali e delle attività artistiche nella fase di svolgimento degli incontri. Gli operatori si incontrano bisettimanalmente per discutere di quanto emerso negli incontri e per preparare il successivo con la supervisione di un medico neuropsichiatra infantile e uno psicologo.

A termine dell'anno, con il consenso di tutti i partecipanti, si organizza un ultimo incontro/festa in cui insieme ai genitori si assiste/si consegna la creazione corale dei partecipanti.

I genitori e i bambini hanno dichiarato di apprezzare molto il lavoro e ne è prova indiretta il fatto che non si sono verificati dropouts.



Interventi di gruppo per i genitori

Questa tipologia di intervento è utilizzata anche in altri servizi, come per esempio il GIDS di Londra, poiché si è dimostrata uno strumento utile di promozione del benessere familiare (Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill and coll., 2010; Rosenberg and Jellinek, 2001; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2012).

Presso l'OIRM tale attività è stata formalmente avviata nel 2013.

■ ***Obiettivi dell'intervento***

Sulla base della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica, sono stati definiti gli obiettivi dell'intervento:

- offrire ai partecipanti uno spazio sicuro per poter esplorare pensieri ed emozioni in relazione all'essere genitori di bambini con sviluppo atipico, e per affrontare le incertezze relative alle traiettorie di sviluppo dell'identità di genere del bambino
- facilitare lo scambio di informazioni corrette sullo sviluppo dell'identità di genere
- stimolare una migliore comprensione del processo in cui sono coinvolti i genitori (non portano il bambino "per essere aggiustato", ma sono come intero nucleo familiare coinvolti in un lavoro di supporto al benessere psicologico della famiglia intera)
- incoraggiare i partecipanti a fornirsi sostegno reciprocamente, in modo da mitigare il senso di isolamento di cui spesso fanno esperienza i genitori dei bambini con disforia di genere (Di Ceglie e Thümmel, 2006)
- incoraggiare una visione del bambino non esclusivamente focalizzata sull'identità di genere, ma sul suo benessere generale e sul riconoscerne le caratteristiche individuali e uniche, raggiungendo una comprensione dell'identità di genere come dimensione calata nel contesto dello sviluppo globale del bambino (Di Ceglie e Thümmel, 2006)
- sostenere l'esplorazione di strategie di supporto al benessere psicologico e sociale del figlio, ad una buona qualità delle relazioni familiari e degli aspetti educativi
- in funzione di tutti i punti sopra, come proposto da Di Ceglie e Thümmel (2006), sostenere i genitori nell'individuare le modalità più funzionali nell'affrontare le sfide e le difficoltà che i loro figli incontreranno.

■ ***Metodologia: tempi e impostazione clinica***

Il gruppo, condotto da un neuropsichiatra infantile e uno psicologo, si incontra, da settembre a luglio, una volta al mese, per la durata di 90 minuti, ed è aperto, per cui sono possibili ingressi anche a gruppo avviato. Di anno in anno alcuni genitori non frequentano più il gruppo (per esempio quando i figli vengono dimessi, o perché non ne sentono più l'esigenza), e se ne inseriscono degli altri. La numerosità del gruppo oscilla sempre tra gli 8 e i 12 partecipanti.

All'avvio del gruppo i genitori partecipanti avevano tutti figli in età prepuberale; nel frattempo questi bambini sono cresciuti, e i genitori di coloro che, diventati adolescenti, sono rimasti in carico al servizio, hanno espresso il desiderio di poter continuare con gli incontri. I genitori dei più piccoli a loro volta erano interessati a confrontarsi con quelli dei più grandi, che risultavano per loro una possibilità di familiarizzare con le tematiche che si incontrano attraverso lo sviluppo puberale e negli anni successivi. Per questi motivi è stato deciso di mantenere un unico gruppo, "misto", con genitori sia di bambini sia di adolescenti. Questa modalità viene ridiscussa con il gruppo stesso ogni anno, ed è possibile che prossimamente si rivaluti l'assetto, e che vengano creati due gruppi separati.

Non è un gruppo con oggetto di discussione predefinita, ma si lavora sulle tematiche portate dai genitori. Il conduttore stimola l'approfondimento delle tematiche e se richiesto fornisce informazioni più tecniche, favorisce un contatto con gli aspetti emotivi sollecitati dalle tematiche e sostiene lo scambio tra i partecipanti, allo scopo di creare un clima di condivisione e supporto reciproco. Parallelamente alle sessioni, viene svolto un lavoro di ricerca sul processo e sull'efficacia del gruppo. Nel corso dei primi tre anni di lavoro è stato svolto uno studio qualitativo sulle tematiche emerse e sulla loro evoluzione nel corso degli incontri, mediante analisi tematica dei trascritti delle sedute (Calderera, Baietto, Brustia, 2016); dal 2017 al 2019 è stato condotto, in collaborazione con i colleghi del *Gender Identity Development Service* della Tavistock & Portman Clinic di Londra, uno studio che ha approfondito (1) le tematiche e la loro evoluzione nel corso degli incontri, (2) gli aspetti positivi percepiti dai genitori rispetto alla partecipazione al gruppo, così come le eventuali criticità. In questo ultimo lavoro sono stati interpellati direttamente i genitori, cui è stata richiesta la compilazione di un questionario anonimo semi-strutturato all'avvio del gruppo, dopo sei mesi, e dopo altri sei mesi. La scelta di interpellare direttamente i genitori è stata fatta per garantire un approccio più partecipativo alla ricerca, e i risultati sono stati condivisi con i genitori stessi (Calderera, Davidson, Terrana, Campagna, Vitiello, Baietto, 2019). Si riportano di seguito i principali dati emersi da questo studio.

Per quanto riguarda i *temi rilevanti*, i genitori hanno segnalato l'importanza del poter condividere le proprie esperienze; mentre all'avvio del gruppo per i partecipanti le tematiche più importanti sono state le preoccupazioni per le difficoltà che i figli potrebbero incontrare nel futuro (sofferenze psicologiche legate allo stigma, difficoltà nell'integrazione scolastica e con i pari, complessità del percorso di transizione, acquisizione di un adeguato livello di autonomia del corso della crescita), dopo sei mesi i genitori hanno indicato come rilevanti le tematiche relative alla possibilità di benessere dei figli (come stimolare lo sviluppo di strategie di coping, superamento degli stereotipi di genere, supporto ai figli lungo il processo improntato da una flessibilità che superi il bisogno di cercare rigidamente una categoria esatta di identità di genere in cui far per forza i figli, proteggere le relazioni con la famiglia estesa e le altre persone).

Per quanto riguarda gli *aspetti che per loro sono stati importanti nel percorso di gruppo* e che si sono portati a casa come strumenti da tenere con sè, i genitori hanno segnalato in generale il raggiungimento di una maggiore consapevolezza e serenità. All'avvio degli incontri sono stati messi in evidenza: l'aver capito che lo sviluppo dell'identità di genere è come un viaggio che va affrontato con curiosità e apertura; il non sentirsi più soli; l'importanza di una comunicazione aperta con i figli; la consapevolezza di essere in un processo di cambiamento che coinvolge la famiglia intera. Dopo sei mesi di incontri gli aspetti segnalati come importanti sono: il supporto ai figli al di là degli stereotipi e di una ricerca di una identità di genere rigida e binaria, e l'importanza di accogliere quello che arriva.

Per quanto riguarda il *feedback* richiesto ai genitori sull'utilità del gruppo per loro, tutti i partecipanti hanno riportato di aver percepito, che la partecipazione al gruppo sia stata molto d'aiuto per loro nella comprensione dell'identità di genere dei figli, nella condivisione delle esperienze e nel confronto con altri genitori, nella diminuzione del senso di isolamento, e nel cambiamento del loro approccio alla diversità di genere del figlio. I genitori non hanno segnalato criticità o aspetti migliorativi rispetto al gruppo, tranne che il desiderio di poter coinvolgere negli incontri altri membri dei nuclei familiari (fratelli in particolare), e di poter avere un momento dedicato a ricevere ulteriori informazioni scientifiche e letture consigliate sul tema.

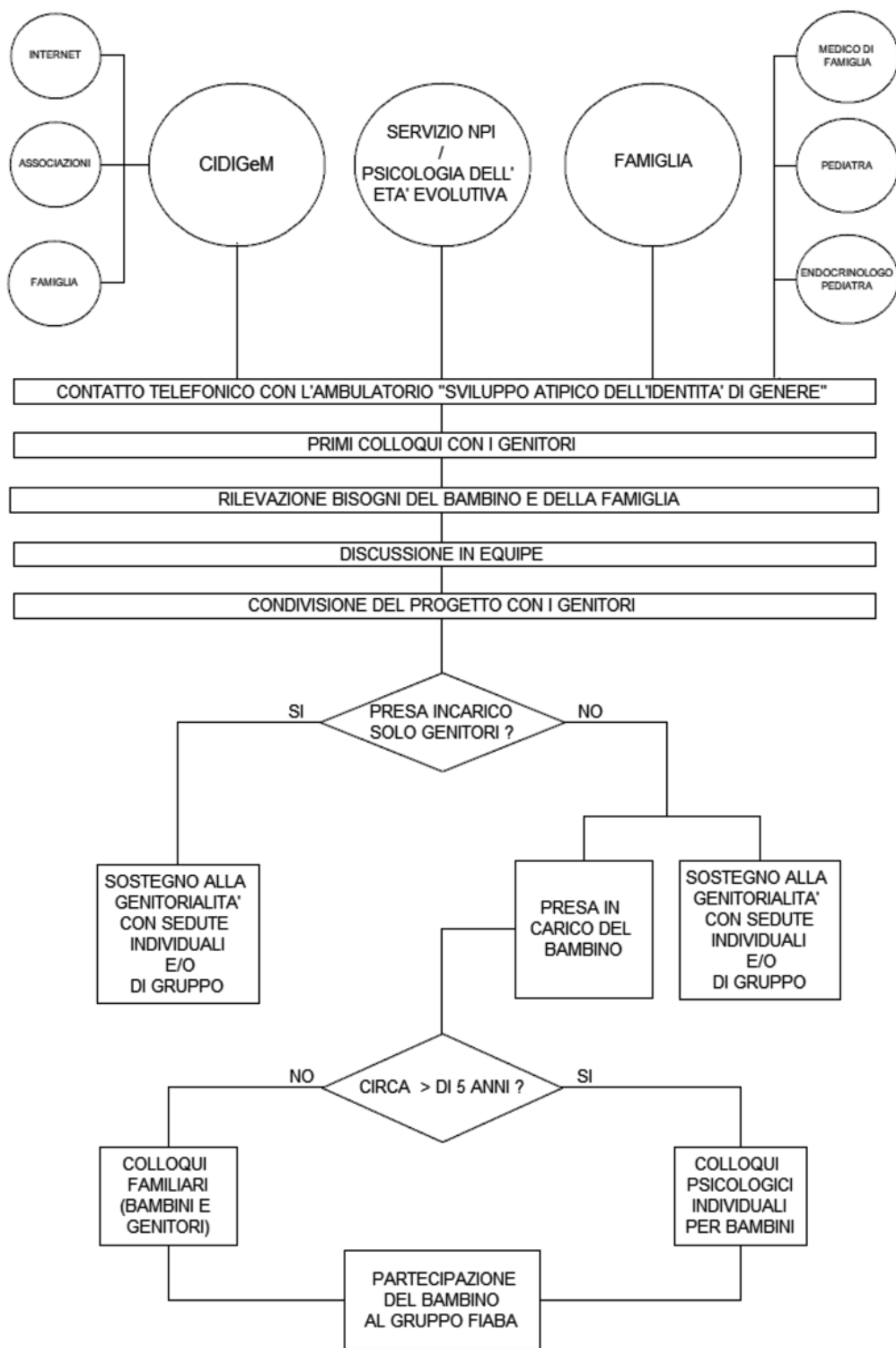
In conclusione sembra che gli alti livelli di supporto e condivisione abbiano contribuito a: diminuire il senso di isolamento e di imbarazzo; incrementare la flessibilità e l'apertura verso un processo in cui si è coinvolti ma di cui non è possibile prevedere l'esito; maturare un atteggiamento sempre più supportivo ed empatico verso i figli. Inoltre vi è stato un cambiamento anche nelle tematiche rilevanti, per cui i genitori hanno evidenziato uno spostamento dall'essere più focalizzati sulle difficoltà e sulle esperienze dei figli, all'essere più focalizzati sulle strategie per favorirne il benessere globale; allo sviluppo di una progressiva consapevolezza della propria identità di genere, all'attenzione al funzionamento generale e alle relazioni sociali (famiglia, amici, scuola).

Altra caratteristica importante di questi dati è che si evidenzia un processo di cambiamento in cui si guarda, oltre ai figli (*"cosa posso fare per i miei figli?"*), ai genitori stessi (*"come mi sento come genitore in questa situazione?"*) e al sistema famiglia (*"ho capito che le dinamiche possono modificarsi a sostegno del benessere di tutti solo se tutti i membri del nucleo sono coinvolti"*).

Il gruppo è stato quindi vissuto come uno spazio di elaborazione e cambiamento che ha consentito ai genitori partecipanti di guardare ai loro figli come esseri umani nella loro complessità e ricchezza di caratteristiche uniche, non definite esclusivamente dall'identità di genere, e, allo stesso tempo, di raggiungere come genitori una maggiore consapevolezza della complessità dell'identità di genere, e di come sia importante accogliere e supportare i figli migliorando di conseguenza anche la qualità della relazione con loro.

Riflessioni conclusive

Lo sviluppo dell'identità di genere è estremamente complesso e richiede quindi un approccio integrato che sia rispettoso della specificità di ogni singolo e della sua famiglia. Nel presente contributo abbiamo tentato di illustrare in linea generale la modalità di lavoro che ci caratterizza, ma è importante che si tenga ben presente che una modalità "standard" adatta a tutti non esiste, e che ogni intervento venga progettato su misura, tenendo conto delle esigenze individuali e della fase evolutiva in cui si trova la persona. Il modello di presa in carico illustrato è stato sviluppato a partire dalle linee guida internazionali e nazionali, per essere declinato in funzione di ciascuna situazione. Le famiglie che si rivolgono al servizio possono arrivare da contesti molto vari (città, centro, periferia, aree rurali; condizioni molto eterogenee di status socio-economico e di ambiente culturale, con diversi sistemi valoriali di riferimento); ciascuna caratteristica contribuisce ad un modo differente di vivere ed affrontare l'identità di genere propria e dei propri figli, e di conseguenza tutto il percorso. In tal senso il primo colloquio con la famiglia offre la possibilità di iniziare a tracciare una mappa generale del contesto in cui si declinerà la presa in carico. Nel procedere del percorso, le diverse scelte per l'attivazione dei vari interventi, così come quelle legate ai nodi più delicati dovranno quindi essere affrontate tenendo conto della specificità di quella famiglia. La possibilità di accedere agli interventi di gruppo, per esempio, viene offerta nel momento in cui la persona interessata (genitori e/o figli) si sente motivata a farlo e non presenta resistenze o preoccupazioni troppo forti, per cui mentre alcuni genitori e alcuni bambini accedono al gruppo praticamente dall'inizio, altri vi accedono ad un certo punto del percorso, quando si sentono più tranquilli nell'affrontare il tema in una dimensione grupppale; altri ancora non vi accedono. Per quanto riguarda i nodi delicati, in questo contributo abbiamo fatto particolare riferimento al tema della transizione sociale in età prepuberale: di nuovo, come già sottolineato, l'approccio che adottiamo è di offrire uno spazio di riflessione in cui la famiglia possa sentirsi sostenuta nella ricerca della scelta migliore per il benessere del/la figlio/a. La decisione potrà quindi essere presa in funzione dei diversi elementi in campo: la situazione del bambino (grado di consapevolezza di sé; grado di consapevolezza del significato della transizione sociale e della possibilità di "cambiare idea"; desideri e conflitti); la situazione della famiglia (grado di supporto che i genitori possono offrire; grado di consapevolezza nei genitori del significato della transizione sociale; coinvolgimento di eventuali fratelli/sorelle; dinamiche relazionali e comunicative nella famiglia nucleare ed allargata); la situazione contestuale (possibilità di coinvolgere il dirigente scolastico e avere un ambiente supportivo nella scuola, rete sociale, ecc). L'incertezza relativa a come le cose si svilupperanno in futuro resta un tema sempre molto presente nella mente della famiglia (figli, genitori, fratelli, parenti...) e nella mente dell'operatore: è quindi fondamentale mantenere consapevolezza delle dinamiche emotive e delle ansie legate a tale incertezza, salvaguardando la possibilità di "navigare a vista", con fiducia e apertura verso il futuro.



Con il nostro lavoro, speriamo sinceramente di essere utili ai bambini ed agli adolescenti che stanno crescendo ed alle loro famiglie. I genitori ed i bambini riferiscono una minor solitudine e che si sentono supportati. Noi abbiamo molto imparato dai nostri pazienti e siamo cresciuti con loro.

Lo sforzo che ci proponiamo ora è di rendere questo modello di presa in carico sempre più dinamico, adattabile al rapido mutamento sociale ed alle esigenze individuali delle singole famiglie.

Bibliografia

- Aitken M., VanderLaan D.P., Wasserman L., Stojanovski S. & Zucker K.J. (2016). Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513-520.
doi: 10.1016/j.jaac.2016.04.001
- Almeida J., Johnson R., Corliss H., Molnar B., Azrael D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014.
doi:10.1007/s10964-009-9397-9.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bettelheim B. (1977). *Il mondo incantato. Uso, importanza e significato psicoanalitico delle fiabe*. Milano: Feltrinelli.
- Bockting WO., Miner M.H., Swinburne Romine R.E., Hamilton A., Coleman E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951.
doi: 10.2105/AJPH.2013.301241. 103(5), 943-951. doi:10.2105/AJPH.2013.301241
- Calderera A.M., Baietto C., Brustia P. (2016). Il gruppo di sostegno psicologico per genitori come strumento di intervento nella presa in carico di famiglie di bambini con disforia di genere. *Convegno ONIG 2016. Prospettive di ricerca sulla varianza di genere nel ciclo di vita*. Università degli Studi di Milano-Bicocca, 11 Marzo 2016.
- Calderera A., Davidson S., Terrana L.G., Campagna F.D., Vitiello B., Baietto C. (2019). A psychological support group for parents as intervention tool in the care of families with gender diverse children. *Book of Abstracts. Third Biennial EPATH Conference Inside Matters. On Law, Ethics and Religion. p. 225-226, Rome, 11-13 April 2019*. Scaricato da <https://epath.eu/wp-content/uploads/2019/04/Boof-of-abstracts-EPATH2019.pdf> il 01.09.2019
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., ... & Zucker K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873
- Connor J.J. & Rueter M.A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 143.
doi:10.1037/0893-3200.20.1.143
- de Graaf N.M. & Carmichael P. (2019). Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 353-364. doi:10.1177/1359104518812924.

- De Vries A.L. & Cohen-Kettenis P.T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*, 59(3), 301-320. doi:10.1080/00918369.2012.653300
- Di Ceglie D. (2014). Care for Gender Dysphoric Children. In Kreukels, B., Steensma, T. & de Vries A. (Eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Progress in Care and Knowledge* (pp.151-169). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-7441-8_8
- Drummond K.D., Bradley S.J., Peterson-Badali M., Zucker M.J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34.
- Edwards-Leeper L., Leibowitz S. & Sangganjanavanich V.F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165. doi:10.1037/sgd0000167
- Egan S.K., Perry D.G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37(4), 451-463. doi: 10.1037//0012-1649.37.4.451.
- Ehrensaft D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of homosexuality*, 59(3), 337-356. doi:10.1080/00918369.2012.653303
- Erikson E.H. (1963). *Childhood and Society*. (2 ed.). New York: W.W. Norton. Ed. italiana: *Infanzia e società*. Roma: Armando, 1996.
- Grossman A.H. & D'augelli A.R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527
- Hendricks M.L. & Testa R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology-Research & Practice*, 43(5), 460-467. doi: 10.1037/a0029597
- Knudson G., De Cuypere G., Bockting W. (2010). Response of the world professional association for transgender health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. *International journal of Transgenderism*, 12(2), 119-123. doi: 10.1080/15532739.2010.509214.
- Lafforgue P. (2005). *Pollicino diventerà grande*. Roma: Magi. (Original work published 1995)
- Leibowitz S. (2018). Social gender transition and the psychological interventions. In: A. Janssen, S. Leibowitz (Eds) *Affirmative mental health care for transgender and gender diverse youth* (pp. 31-47). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-78307-9_2
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1978). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1975)
- Meyer I. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 647-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Menvielle E.J. & Tuerk C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Miller A. & Davidson S. (2019). Co-ordinating meaning within a gender identity development service: What can the theory of the co-ordinated management of meaning offer

- clinicians working with young people, and their families, exploring their gender identities. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 322-337.
doi:10.1177/1359104519838313
- Nealy E. (2018). *Bambini e adolescenti transgender. Coltivare orgoglio e gioia nelle famiglie in transizione*. Roma: Fioriti editore.
- NHS Health Advisory Service (1995). *Together We Stand: The Commissioning Role and Management of Child and Adolescent Mental Health Services*. London: HMSO.
- Olson K.R., Durwood L., DeMeules M. & McLaughlin K.A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), 1-8.
doi:10.1542/peds.2015-3223
- Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (2015). *Linee guida per la presa in carico dei minorenni con sviluppo atipico della identità di genere*. Roma: Author. Scaricato da http://www.onig.it/drupal8/docs/SoC_minorenni.pdf il 20.08.2019
- Spivey L.A. & Edwards-Leeper L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 343-356. doi 10.1080/15374416.2018.1534207
- Steensma T.D. & Cohen-Kettenis P.T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 225-230.
doi:10.1080/15532739.2018.1468292
- Temple Newhook J., Pyne J., Winters K., Feder S., Holmes C., Tosh J., ... & Pickett S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. doi:10.1080/15532739.2018.1456390
- Vallino D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Roma: Borla.
- Winters K., Temple Newhook J., Pyne J., Feder S., Jamieson A., Holmes C., ... & Tosh J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246-250. doi:10.1080/15532739.2018.1471767
- Zucker K.J. (2008). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1361-1363. doi:10.1097/CHI.0b013e31818960cf
- Zucker K.J. (2018). The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook, *et al.*, (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 231-245. doi:10.1080/15532739.2018.1468293

Varianza di genere e disforia di genere in adolescenza: dagli standard di cura alla complessità

Damiana Massara*, Angela M. Caldarera**

Sommario - Le persone con varianza o disforia di genere non sono un gruppo omogeneo ed è quindi fondamentale che ciascuno possa accedere a percorsi diversificati e confezionati su misura. Alcune possono esprimere la loro specificità scegliendo un abbigliamento consono, un nome e i pronomi relativi secondo l'identità percepita. Altri invece avranno bisogno di rivolgersi alle cliniche specializzate. Alcuni potranno arrivare a chiedere di adeguare il corpo alla identità percepita con interventi medico chirurgici, altri avranno bisogno di essere sostenuti a esplorare la propria specificità e a viverla positivamente nel contesto sociale.

Il lavoro clinico con le persone adolescenti con varianza o disforia di genere è complesso e richiede che i professionisti abbiano competenza sia nell'ambito della Disforia di Genere che della psicologia evolutiva. Questo lavoro si colloca infatti in un'area dell'esperienza umana in cui si incontrano corpo e mente, in un momento evolutivo in cui il corpo risulta saliente nella definizione della propria identità. Mantenere l'equilibrio nella complessità, difendere lo spazio di pensiero e riflessione risulta quindi prioritario. La presa in carico richiede un atteggiamento di accettazione verso l'esperienza soggettiva dell'adolescente e della sua famiglia con l'obiettivo di massimizzare le possibilità di sviluppo e benessere. È contemporaneamente necessario sostenere la possibilità di tollerare il disallineamento esperito tra corpo e identità di genere, quel tanto che serve per poter esplorare i possibili diversi percorsi che si prospettano. Le scelte che implicano un intervento medico infatti non sono le uniche possibili e, nel caso siano considerate utili e appropriate, implicano la capacità di comprendere e valutare le conseguenze della scelta.

Questo lavoro presenterà i modelli di intervento possibili, le tematiche controverse che interrogano i professionisti, le famiglie e gli adolescenti. Saranno presentati alcuni casi tesi ad esemplificare le tematiche illustrate, con l'obiettivo di evidenziare che i diversi modi di vedere questo argomento riflettono l'eterogeneità del gruppo di giovani con varianza di genere che si rivolgono ai Centri Specializzati, piuttosto che rappresentare dei quadri diagnostici e modelli di presa in carico che si escludono a vicenda.

Parole chiave: *disforia di genere, varianza di genere, transgender, adolescenza, famiglia, modelli di intervento.*

Abstract - Gender variance and gender dysphoria in adolescence: from standards of care to complexity

Gender variant and gender dysphoric people do not constitute a homogeneous group, so it is essential that each person has access to pathways that are tailored to individual needs and life context. Some may express their gender identity by choosing clothings, names, pronouns which are consistent with their experienced gender identity. Others can feel the necessity of turning to specialized gender clinics. Some of them will come to request access to gender-affirming medical interventions; others will need to explore their unique gender identity and expression, and to find a positive adjustment within the social context.

The clinical work with gender variant and gender dysphoric adolescents is complex and requires professionals to be well-trained both in relation to gender identity issues and to de-

* Psicologa, Psicoterapeuta. Asl TO5, CIDIGEM, Città della Salute e della Scienza di Torino.

** Psicologa, Dottore di Ricerca. Ambulatorio per lo sviluppo dell'identità di genere, SCUD NPI, Dipartimento scienze Pediatriche e Specialistiche, Presidio OIRM - Città della Salute e della scienza di Torino.

velopmental psychology. Such work pertains to an area of human experience where body and mind meet, at a moment of life in which body plays a crucial role in the process of identity definition. Thus it is a priority to keep a balance and to create a thinking space; to be open and accept the subjective experience of the adolescents and their families, with the goal of maximizing the developmental potential and the personal and familial wellbeing. At the same time it is important to support the capacity of tolerating the perceived misalignment between body and gender identity as much as needed to explore the possible pathways of care. The approach which requires medical interventions, in fact, are not the only possible, and, when they are the choice, they entail the ability to understand and evaluate the consequences of the therapies.

This paper describes the possible intervention approaches, the controversies which challenge professionals, adolescents and their families. We will also use some clinical vignettes to exemplify the issues outlined in the article and to show how the many different ways of approaching this issue reflect the heterogeneity of adolescents with gender variance/gender dysphoria, rather than representing models of care that mutually exclude each other.

Key words: gender dysphoria, gender variance, transgender, adolescence, family, care model.

Introduzione

■ *Che cos'è la varianza e cosa è la disforia in adolescenza*

La maggior parte degli individui ha l'aspettativa che una persona nata con i genitali femminili, assegnata al genere femminile, giocherà con le bambole, gradirà i vestiti rosa e si svilupperà sino all'adolescenza secondo una traiettoria tipicamente femminile; viceversa l'aspettativa verso una persona nata con i genitali maschili è che senta di appartenere al genere maschile, che nell'infanzia prediliga giocare al pallone e fare la lotta e che si sviluppi sino all'adolescenza secondo una traiettoria tipicamente maschile. La letteratura scientifica considera questa aspettativa legata ad una visione di tipo *binario*: ovvero una visione che parte dal presupposto che il genere sia "naturalmente" determinato dal sesso che viene assegnato alla nascita, sulla base dei caratteri anatomici, che può essere femminile o maschile (Clark, Veale, Townsend, Frohard-Dourlent & Saewyc, 2018). Tuttavia, gli studi antropologici evidenziano che questo non è un assunto universale (Vincent & Manzano, 2017). La cronaca dei giornali, le trasmissioni televisive e i media in generale cominciano ad evidenziare che anche nella nostra cultura la logica binaria, sottostante a questa visione, non è assoluta: per esempio, a livello sociale è possibile incontrare ragazzi con un atteggiamento assertivo e volitivo che mostrano la possibilità di portare ornamenti tradizionalmente femminili senza considerarli indice di appartenenza al genere femminile. Le atlete che praticano sport tradizionalmente maschili danno prova della possibilità di esercitare attività che richiedono potenza muscolare, mantenendo la loro identità femminile. È possibile quindi interpretare e/o esprimere la propria identità di genere¹ anche al di là dei canoni tradizionali che presuppongono una posizione binaria, integrandosi nel mondo sociale e relazionale in modo armonico e mantenendo il

¹ L'identità di genere può essere definita come la percezione soggettiva e profonda di appartenere al sesso maschile, femminile o qualunque altro senso di identità (Stoller 1964).

proprio benessere emotivo. Chiamiamo in causa la dimensione del *ruolo di genere*, che, pur essendo in dialogo con l'identità di genere, se ne differenzia, come indicato dall'APA (2015):

Gender role: refers to a pattern of appearance, personality, and behavior that, in a given culture, is associated with being a boy/man/male or being a girl/woman/female. The appearance, personality, and behavior characteristics may or may not conform to what is expected based on a person's sex assigned at birth according to cultural and environmental standards. Gender role may also refer to the social role in which one is living (e.g., as a woman, a man, or another gender), with some role characteristics conforming and others not conforming to what is associated with girls/women or boys/men in a given culture and time. (p. 862)

Si riferisce all'insieme dell'aspetto, della personalità e del comportamento che, in una certa cultura, è associato all'essere ragazzo/uomo/maschio o bambina/donna/femmina. L'aspetto, la personalità e il comportamento possono o no essere conformi a ciò che è atteso, secondo gli standard culturali ed ambientali, sulla base del sesso assegnato alla nascita di quella persona. L'espressione "ruolo di genere" può anche riferirsi al ruolo sociale in cui sta vivendo la persona (per esempio come una donna, un uomo o un altro genere), con alcune caratteristiche che si conformano e altre che non si conformano a quanto viene associato con le bambine/donne e i bambini/uomini in una data cultura ed epoca. (TDA)

A livello psicologico è possibile che ragazzi e ragazze vivano la propria identità di genere in un modo che si discosta da quello tradizionale – per questo si fa riferimento anche al concetto di *gender diversity* e si parla di *gender diverse youth* (Ehrensaft, 2011; Knutson, Koch & Goldbach, 2019) –, non collocandosi nell'area maschile o femminile, bensì in una zona intermedia. Questi giovani sentono che la loro identità di genere non corrisponde a quella assegnata loro alla nascita, tuttavia ciò non comporta necessariamente il bisogno di fare ricorso a trattamenti medici o di rivolgersi alle cliniche specializzate in questo campo. Per questi ragazzi può essere sufficiente vivere la quotidianità con l'abbigliamento, il nome e i modi tipici del genere percepito.

Altri invece sentono la necessità di rivolgersi a strutture specializzate per approfondire la propria condizione ed eventualmente accedere all'utilizzo di terapie mediche che consentano l'allineamento di alcune caratteristiche fisiche del loro corpo alla loro percezione di genere. Questo avviene quando l'incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e quello percepito soggettivamente causa una significativa sofferenza, che può portare alla compromissione del benessere generale della persona. A questa condizione il DSM-5 (APA, 2013) si riferisce con l'espressione "Disforia di Genere" e l'ICD-11 (WHO, 2018) con "Incongruenza di Genere". Questi ragazzi non costituiscono un gruppo omogeneo, e non richiedono tutti lo stesso tipo di intervento psicologico e/o medico/chirurgico (De Graaf & Carmichael, 2019). Alcuni combattono con la difficoltà di confrontarsi con una società stereotipica che chiede agli individui di esprimersi secondo criteri tradizionali (binari) di appartenenza al gruppo dei maschi o al gruppo delle femmine e hanno

quindi bisogno di un supporto per poter sviluppare e delineare la propria identità anche se diversa da tali canoni. Altri chiedono di essere riconosciuti con i loro sentimenti e la loro percezione profonda e stabile di appartenenza ad un genere diverso da quello assegnato alla nascita ed esprimono di conseguenza la richiesta di potere vivere in un corpo che corrisponda al genere percepito.

■ *Indicazioni terminologiche*

Per entrare nel merito degli argomenti clinico-operativi è utile specificare alcuni aspetti terminologici strettamente connessi all'esperienza soggettiva delle persone. Infatti, accanto al progressivo ampliamento della complessità con cui è vissuto il genere, anche il linguaggio che esprime le dimensioni relative alla identità di genere si è articolato.

Il primo aspetto che riteniamo importante esplicitare è quello che sottolinea la distinzione tra il genere assegnato alla nascita sulla base delle caratteristiche anatomico-biologiche e quello percepito. Per sottolineare questa distinzione alcuni autori utilizzano l'acronimo AMAB/AFAB (*Assigned Male At Birth/Assigned Female At Birth* – Clark, Veale, Townsend, Frohard-Dourlent & Saewyc, 2018; Lawlis, S. M., Donkin, Bates, Britto & Conard, 2017; Twist & de Graaf, 2019); altri l'espressione *Birth Assigned Gender*, o *Birth Assigned Male/Birth Assigned Female* (de Graaf, *et al.*, 2017; Jessen & Roen, 2019). In lingua italiana è più comune utilizzare l'espressione “genere assegnato alla nascita”.

Il secondo aspetto da tenere in considerazione è che le identità di genere non binarie sono divenute progressivamente più visibili, sino a rappresentare nel 2015 più di un terzo della popolazione americana (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet & Anafi, 2016), tanto che è stata coniata l'espressione “*nonbinary gender*” (Hegarty, Ansara e Barker (2018) come termine “ombrello” che include diverse esperienze relative alle identità di genere: il non percepire un genere specifico (la condizione *agender*); integrare aspetti maschilini e femminili, o sentirsi in una posizione intermedia; sentirsi di un genere solo in una certa misura; sentire di essere di uno specifico genere “aggiuntivo” (per esempio, il terzo genere); muoversi tra diversi generi (per esempio *bigender*, *gender fluid*); sfidare il binarismo di genere (per esempio *genderqueer*). In italiano è comune utilizzare i termini inglesi, ma pure “varianza di genere” oppure “genere non binario” come termine ombrello.

■ *Prevalenza*

Non esistono studi epidemiologici sulla prevalenza della Disforia di Genere nell'età evolutiva ma, come riportato da Kaltiala-Heino e Lindberg (2019), recenti ricerche indicano una percentuale di adolescenti e giovani adulti che si identificano come transgender che oscilla tra lo 0.17 e il 2.7% (Clark, *et al.*, 2014; Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson & Duncan, 2015; Eisenberg, Gower, McMorris, Rider, Shea & Coleman, 2017; Reisner, Conron, Tardiff, Jarvi, Gordon & Austin, 2014; Shields, Cohen, Glassman, Whitaker, Franks & Bertolini, 2013). Gli stessi

autori, nella rilevazione condotta sulla popolazione finlandese (sotto i 21 anni) coinvolta nel loro studio, hanno verificato una prevalenza dello 0.6% di giovani che si identificano nel genere opposto, e del 3.3% di giovani con una identificazione non-binaria (Kaltiala-Heino e Lindberg, 2019). In un recente studio condotto in un contesto italiano sulla fascia di età compresa tra i 3 e i 12 anni, i dati raccolti² indicano che l'1.3% dei bambini e il 3.9% delle bambine dichiara (occasionalmente o spesso) di appartenere al genere opposto a quello loro assegnato alla nascita (Caldarera, Marengo, Gerino, Brustia, Rollè & Cohen-Kettenis, 2019).

Negli ultimi anni nel mondo occidentale è stato rilevato un significativo aumento del numero di adolescenti presi in carico nelle cliniche specializzate (Zucker, 2019). Questo dato è confermato anche in Italia: uno studio multicentrico, condotto all'interno del network italiano di centri specializzati per la presa in carico di persone minorenni con sofferenze legate all'identità di genere³, evidenzia che è aumentato progressivamente il numero annuo delle nuove prese in carico che è passato dai 7 casi del 2010, ai 77 del 2018 (Caldarera, *et al.*, 2019). Le ipotesi che provano a spiegare questo andamento partono in generale dalla constatazione che il tema riceve sempre più attenzione nella società e nei media contribuendo alla maggiore diffusione della consapevolezza che è possibile chiedere aiuto agli specialisti quando si sperimenta una condizione di varianza di genere.

Sia nel contesto nazionale che in quello internazionale, è stata osservata inoltre la progressiva modificazione del rapporto tra il numero di accessi (*sex ratio*): se in passato erano più i giovani assegnati alla nascita al genere maschile che accedevano ai Centri Specializzati, negli ultimi anni la percentuale di giovani assegnate alla nascita al genere femminile è aumentata notevolmente (Aitken, *et al.*, 2015; Zucker, 2019). In Italia nel periodo compreso tra il 2005 e il 2018 si sono presentati ai centri del network ONIG 156 persone minorenni con genere femminile assegnato alla nascita, contro 131 con genere maschile assegnato, con una *sex ratio* AMAB:AFAB pari a 1:1.19 (Caldarera, *et al.*, 2019). A questo proposito Zucker (2019) osserva che da un punto di vista sociale è più semplice per le bambine esprimere la propria percezione di appartenenza al genere maschile, rispetto ai tratti di femminilità per i bambini. Il minore ostracismo sociale delle caratteristiche maschili nel genere femminile potrebbe, in parte, offrire una spiegazione del fenomeno.

■ *Complessità dell'adolescenza e sofferenze associate*

L'adolescenza, come è noto, rappresenta un periodo complesso, ricco di turbamenti e importanti trasformazioni fisico-emotive, che hanno effetti significativi sull'immagine corporea, la percezione del sé e quindi sull'autostima (VandenBos, 2015). A partire dalla pubertà si sviluppano considerevolmente gli aspetti cognitivi (si sviluppano la possibilità del pensiero astratto e ipotetico, così come la capacità

² Dati raccolti mediante questionari *parent-report*, per cui è importante ricordare che la fonte delle informazioni non è l'osservazione diretta ma quanto riportano i genitori.

³ Osservatorio Nazionale sull'identità di Genere, ONIG, www.onig.it

di progettare scenari futuri) e sociali: aumenta progressivamente l'interesse per i pari e il bisogno di accettazione sociale e di appartenenza può diventare centrale. Parallelamente si attiva un percorso di ricerca verso l'indipendenza e l'autonomia dai genitori (VandenBos, 2015). Lo sviluppo puberale rende il corpo centrale: è in questo periodo, infatti, che la persona acquisisce graduale consapevolezza delle proprie caratteristiche sessuali e degli interessi sessuati verso gli altri.

In questo contesto il corpo dell'adolescente con DG si sviluppa inesorabilmente nella direzione contraria al genere percepito, assumendo caratteristiche sessuali opposte alle aspettative. Il vissuto di incongruenza tra l'identità di genere percepita e quella assegnata scatena una sofferenza psicologica molto intensa, collegata a vissuti soverchianti di impotenza. Durante questo periodo la mente adolescente che sta sviluppando le abilità cognitive già accennate, deve però completare l'acquisizione di altre capacità come quella di differimento e di previsione realistica delle conseguenze delle azioni e delle decisioni prese. Nell'adolescente con DG si evidenzia il rischio di sviluppare aspettative molto idealizzate ed esclusive per le cure mediche, immaginate come sufficienti di per sé a risolvere il disagio profondo in cui vive.

Il lavoro clinico con le persone adolescenti con disforia di genere e varianza di genere è quindi complesso e richiede competenza sia nell'ambito della Disforia di Genere che della psicologia evolutiva. La presa in carico richiede un atteggiamento di rispetto, accettazione e curiosità verso l'esperienza soggettiva dell'adolescente e della sua famiglia, con l'esplicito obiettivo di massimizzare le possibilità di sviluppo e benessere. È contemporaneamente necessario sostenere la possibilità di tollerare la mancanza di coincidenza tra corpo e genere quel tanto che serve per poter esplorare i possibili diversi percorsi che si prospettano, al fine di fare una scelta consapevole. Le persone con sviluppo atipico dell'identità di genere non sono un gruppo omogeneo ed è quindi di fondamentale importanza cercare soluzioni diversificate e confezionate su misura per ogni caso. Le scelte che implicano un intervento medico infatti non sono le uniche possibili e, nel caso siano considerate utili e appropriate, implicano la capacità di comprendere e valutare le conseguenze della scelta di allineare il corpo alla percezione di genere.

La letteratura scientifica indica, nella popolazione di adolescenti in carico nei diversi centri specializzati per la disforia di genere europei e nord-americani, la presenza di sofferenze psicologiche o psichiatriche nel 40-45% dei casi (Kaltiala-Heino, Bergman, Työlajärvi & Frisé, 2018). Questo dato è superiore alla prevalenza nella popolazione generale ed è invece paragonabile a quello presente negli adolescenti afferenti ai servizi per la salute mentale in generale (de Vries, Steensma, Cohen-Kettenis, VanderLaan & Zucker, 2016). Le sofferenze riportate con maggiore frequenza sono disturbi di tipo depressivo, di tipo ansioso, disturbi del comportamento alimentare e comportamenti autolesivi, dal *self-harm* sino a ideazioni o tentativi suicidari (de Graaf, *et al.*, 2018; Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson & Duncan, 2015; Holt, Skagerberg & Dunsford, 2016). Inoltre, particolare attenzione è stata posta alla presenza dei Disturbi dello Spettro Autistico

(*Autism Spectrum Disorders, ASD*), che risultano presenti con frequenza maggiore nella popolazione con Disforia di Genere rispetto alla popolazione generale (Kaltiala-Heino, Bergman, Työlajärvi & Frisé, 2018; Strang, *et al.*, 2018)⁴. La presa in carico degli adolescenti con DG in presenza di sofferenze psicologiche richiede quindi particolare attenzione sia nel porre diagnosi che nel trattare le difficoltà associate accanto alla presa in carico della sofferenza per l'identità di genere.

Tale presa in carico deve favorire l'esplorazione dell'identità di genere e un parallelo percorso di *assessment* che consenta di individuare il miglior percorso per quell'adolescente. È utile valutare in modo approfondito l'opportunità di utilizzare la terapia endocrinologica che potrebbe aprire in alcuni casi alla risoluzione della sintomatologia associata, in caso il disturbo sia di natura reattiva al disagio conseguente alla disforia di genere; in altri casi, invece, è opportuno prendere in considerazione la possibilità di attendere la stabilizzazione delle problematiche associate prima di procedere con le eventuali azioni mediche di tipo ormonale, in quanto non è detto che la sofferenza psicologica sia esclusivamente secondaria alla disforia di genere e che quindi si risolva con gli interventi medici (Kaltiala-Heino, Bergman, Työlajärvi & Frisé, 2018).

■ Il caso di C.⁵

C. ha 17 anni quando arriva in consultazione al CIDIGEM per la seconda volta, inviata dal Servizio di Neuropsichiatria del suo territorio di residenza, che aveva anche prescritto una terapia farmacologica antidepressiva. La madre aveva già chiesto in passato una presa in carico al CIDIGEM, a seguito di attacchi di panico che C. riferiva essere legati ad un costante dubbio sulla propria identità di genere. Questa situazione portava C. a chiedersi costantemente chi fosse: se alcuni giorni esprimeva il forte desiderio di intraprendere un percorso di transizione, in altri giorni dichiarava di non volersi sottoporre ad alcun intervento medico perché preferiva rimanere in una condizione di androgenia.

C. è stata assegnata al sesso femminile alla nascita in accordo con il suo apparato genitale. È figlia unica di una coppia conflittuale. Il padre, molto autoritario, arrivava ad attuare condotte violente che la madre ha subito senza reagire fino alla separazione, quando C. aveva 12 anni. C. è descritta come ribelle e reattiva alle regole, poco interessata allo studio, spesso in giro con gli amici da cui è considerata il leader. La madre non è mai riuscita a contenerla e il padre alternava minacce e comportamenti sanzionatori ad assenze e disinteresse.

Il precedente tentativo di presa in carico presso il CIDIGEM era stato chiuso bruscamente da C. a fronte della scoperta che era impossibile realizzare il suo desiderio di possedere un pene vero. Ogni tentativo di analizzare il suo vissuto

⁴ Questo aspetto sarà approfondito nel contributo all'interno di questo fascicolo dal titolo "Intersezionalità tra varianza di genere e neurodiversità in età evolutiva".

⁵ Ci riferiamo alle persone utilizzando il genere che hanno scelto/consolidato alla fine del percorso. I particolari specifici di ciascuna situazione sono stati modificati per rendere irriconoscibili le persone coinvolte.

era chiuso da reazioni di rabbia e disperazione. Nella raccolta anamnestica della storia dello sviluppo della identità di genere, la madre raccontava che fin da piccola C. aveva tematizzato il suo disagio dichiarando che da grande avrebbe voluto essere un uomo; descriveva la figlia come una persona di grande successo con fidanzate molto belle e femminili. Da qualche anno aveva cominciato ad usare il Binder per nascondere il seno.

Così come nel precedente percorso al CIDIGEM, anche la seconda volta venne invitata fin dall'inizio a scegliere i pronomi preferiti e il nome di elezione, ma lei nuovamente dichiarava di volere mantenere il suo nome anagrafico e di volere essere trattata al femminile. Si presentava con un aspetto androgino, capelli corti, alta un metro e sessantacinque centimetri. Molto magra, vestiva in modo neutro con maglietta e jeans. Di volta in volta si presentava in modo curato, o trasandato, in funzione dell'umore del giorno. Nel corso dei colloqui della seconda occasione di presa in carico parlava a lungo del suo desiderio di essere voluta/ desiderata dalle donne eterosessuali perché sono femminili, mentre le donne omosessuali sono maschili. Si riferiva a se stessa come a una donna ("noi donne capiamo meglio le cose e stiamo male"). Parla per stereotipi e generalizzazioni affermando di volere essere un uomo perché "tutte le donne eterosessuali vogliono la penetrazione e io non gliela posso dare". Parla del suo desiderio di essere maschio "perché loro vivono meglio, mentre noi donne soffriamo". È focalizzata sul desiderio di essere voluta da chi non la vuole. Si percepisce un vuoto esistenziale ed un senso di impotenza da cui C. si difende attuando tentativi di controllo della realtà attraverso una interpretazione non sempre adeguata ed una manipolazione dell'interlocutore. Chiede di nuovo se il pene artificiale permette di sentire l'orgasmo maschile e di fronte alle spiegazioni sulla complessità della transizione chirurgica, dichiara per l'ennesima volta che allora non le interessa. Nonostante ciò poco dopo dichiara di nuovo che l'unico modo per lei di stare bene potrebbe essere diventare un uomo.

Si può osservare in questo caso che, apparentemente, sono presenti diversi elementi che potrebbero fare pensare alla Diagnosi di Disforia di Genere (dichiarazione di volere essere dell'altro sesso fin dall'infanzia, disagio con alcune caratteristiche anatomiche secondarie del genere assegnato, desiderio di possedere l'organo sessuale del genere maschile); l'approfondimento anamnestico e clinico suggerisce che la sofferenza presentata da C. sia legata ad una incompleta e difficile elaborazione ed integrazione del proprio orientamento omosessuale, in associazione a tratti di tipo ossessivo. Sono presenti infatti elementi che suggeriscono che è presente un desiderio di essere uomo, peraltro incostante nel tempo, non la percezione di esserlo. Inoltre è chiara la dichiarazione che desidererebbe essere uomo per i vantaggi che ne potrebbero derivare. La comprensione di questa situazione è stata possibile grazie al percorso di approfondimento integrato sull'identità di genere e sul funzionamento globale. L'attenzione nell'analisi del caso è stata infatti focalizzata non soltanto sul desiderio di intraprendere il percorso di transizione, ma sul significato che avrebbe avuto nel suo contesto di vita.

Modelli di intervento secondo la letteratura

La presa in carico degli adolescenti che rispondono ai criteri per la DG richiede ai professionisti di confrontarsi con un'area della esperienza umana in cui si incontrano corpo e mente. Di Ceglie già nel 2008 ricordava la necessità di lavorare per difendere e mantenere lo spazio di pensiero, riflessione ed equilibrio nella complessità.

Le principali società scientifico-professionali internazionali hanno messo a punto delle linee guida sulla presa in carico dei bambini e degli adolescenti con disforia di genere. Queste linee guida sono periodicamente aggiornate e le versioni più recenti sono state ampliate per includere le opportunità di lavoro con le persone *gender-variant* (quindi tutte le persone che presentano variazioni all'interno dello spettro di genere).

Il gruppo di lavoro di Torino, che fa riferimento al Centro Interdipartimentale sulla Disforia di Genere Molinette (CIDIGEM) e di cui fa parte anche la Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, risponde ai criteri definiti dalle linee guida dell'ONIG (2015) e dalle linee guida internazionali proposte dalla *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), gli *Standards of Care* (SOC, Coleman, *et al.*, 2011). La presa in carico prevede un periodo di *assessment* di almeno 6 mesi tesi a individuare le caratteristiche di funzionamento del ragazzo/a, ad esplorare le dimensioni del ruolo e dell'identità di genere. Successivamente al periodo di *assessment* è possibile eventualmente procedere con la presa in carico, che deve essere multidisciplinare e orientata a sostenere il benessere della persona e può prevedere l'assunzione della terapia ormonale volta ad allineare al genere percepito gli aspetti corporei legati ai caratteri sessuali secondari.

■ Assessment

In questa fase, oltre alla esplorazione specifica dell'identità di genere, si valutano il funzionamento generale dell'adolescente, gli aspetti personologici e quelli sociali, quali le relazioni con i pari e con la famiglia; la presenza di eventuali difficoltà psicologiche associate e come queste abbiano potuto o attualmente possano intersecarsi con lo sviluppo dell'identità di genere.

La parte di valutazione del funzionamento globale utilizza colloqui clinici e test psicologici. L'approfondimento dell'area dell'identità di genere è effettuato mediante l'integrazione di (1) colloqui clinici volti ad esplorare lo sviluppo psicoessuale, l'identificazione e l'espressione di genere attuale, considerati come dimensioni della più ampia identità sessuale (Shively & De Cecco, 1977), (2) questionari e interviste focalizzati sull'identità di genere e sul suo sviluppo: tra questi è possibile citare il *Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire* (Zucker, *et al.*, 2006), la *Utrecht Gender Dysphoria Scale* (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997), il *Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults* (Deogracias, *et al.*, 2007).

La raccolta degli elementi necessari passa attraverso il coinvolgimento del ragazzo/a, della famiglia ed eventualmente del mondo sociale e scolastico che li circonda. Gli elementi raccolti andranno ad integrare il quadro complesso che l'équipe clinica va componendo durante il percorso: sarà formulato un quadro comprensivo del funzionamento dell'adolescente, in specifico della storia dello sviluppo dell'identità e dell'espressione di genere, in eventuale sovrapposizione con le difficoltà associate. Tale formulazione viene condivisa con l'adolescente e i genitori, e, in caso venga confermata la presenza di disforia di genere, l'équipe propone al nucleo familiare un progetto di presa in carico volta a favorire il benessere della persona.

■ Il caso di G.⁶

G., 16 anni, con genere femminile assegnato alla nascita, si presenta al Centro Specialistico su invio dello psicoterapeuta del servizio pubblico che lo ha in carico a livello territoriale. G. era in carico a causa di una situazione di isolamento sociale che aveva portato anche a un drop-out scolastico, in associazione ad uno stato depressivo grave, accompagnato da ideazione suicidaria. Dopo avere incontrato su di una chat on line un gruppo di persone transgender, aveva cominciato a parlare della grande sofferenza che gli causavano gli aspetti corporei e biologici di tipo femminile: sia la presenza del seno che le mestruazioni, erano elementi che non riconosceva come "suoi"; da qui l'invio al Centro Specialistico. La presa in carico presso il Centro viene subordinata al proseguimento del percorso sul territorio, visto che G. risiede a più di 200 chilometri di distanza.

G. si presenta con un aspetto molto mascolinizzato, fatica a mantenere il contatto visivo e a parlare. Con il procedere degli incontri emerge che la difficoltà comunicativa di G. è legata anche al fatto che sta ancora imparando ad usare la lingua italiana, perché è nato all'estero ed è arrivato in Italia da pochi anni. Sono stati necessari diversi colloqui per stabilire un'alleanza di lavoro che consentisse di avvicinarsi alle tematiche legate allo sviluppo dell'identità di genere. Inizialmente era molto difficile capire quale era il contesto in cui G esprimeva la sua sofferenza. G. formulava con insistenza ripetitiva la richiesta di individuare il percorso più breve per accedere all'intervento chirurgico (mastectomia) e non esprimeva un chiaro desiderio per la terapia ormonale, che vedeva come mero tramite per giungere all'intervento. D'altra parte non riusciva a descrivere le caratteristiche della sua sofferenza, né riusciva a delineare in che modo la sua vita sarebbe migliorata a seguito dell'intervento. Le informazioni anamnestiche raccolte dalla madre non suggerivano uno sviluppo atipico nell'infanzia. Non vi erano dubbi sulla possibilità che si trattasse di una condizione gender variant, ma la vaghezza e l'insorgenza apparentemente improvvisa del desiderio di transizione, suscitavano incer-

⁶ Ci riferiamo alle persone utilizzando il genere che hanno scelto/consolidato alla fine del percorso. I particolari specifici di ciascuna situazione sono stati modificati per rendere irrecognoscibili le persone coinvolte.

tezza rispetto al fatto che questo desiderio fosse legato ad una chiara disforia di genere e inducevano il dubbio che si trattasse piuttosto di una dismorfofobia legata alle caratteristiche sessuali secondarie, in particolare del seno, oppure del desiderio di trovare una collocazione in un gruppo di pari, in associazione ad una modalità di pensiero rigida. Nel corso dell'esplorazione dell'identità di genere emergeva, nonostante il racconto della madre, la storia di una bambina che non sopportava l'abbigliamento femminile, desiderava giocare a calcio e a guardie e ladri con i cugini maschi, che nel diventare "grande" aveva sofferto molto la femminilizzazione di un corpo che finché era "neutro" dava l'impressione di non creare problemi.

Nel periodo del percorso esplorativo lo stato depressivo di G. peggiorava, le sedute si facevano sempre più silenziose, la sofferenza non era collegata solo alla varianza di genere ma anche ad una situazione sociale e familiare molto complessa ed a una difficoltà di mentalizzazione che gli impediva di comprendere e quindi raccontare come si sentiva.

Pur se il percorso di valutazione non era concluso e non vi erano ancora indicazioni per l'avvio della terapia ormonale cross-sex l'équipe decise di affrontare la sofferenza sempre più intensa espressa in associazione al seno e alle mestruazioni con la somministrazione di un farmaco ormonale che sopprimesse le mestruazioni senza avviare la mascolinizzazione, con l'obiettivo di proseguire l'esplorazione dell'identità di genere con maggiore tranquillità. Parallelamente la psicoterapia proseguiva stimolando lo sviluppo degli strumenti di mentalizzazione ed esplorazione del mondo intersoggettivo. In seguito a questo lavoro psicoterapeutico e alla scomparsa delle mestruazioni si osserva in G. un netto miglioramento dello stato depressivo. Riusciva a vedere un futuro e con il sostegno del terapeuta rientrava a scuola, dove il corpo docenti, informato, si era reso disponibile ad accogliere G. come persona con identificazione maschile. La psicologa del CIDIGEM a quel punto sostiene G. a vivere nel ruolo di genere coerente con l'identità esperita, e con il passare delle settimane G. sta sempre meglio. In classe è sempre più integrato, inizia ad incontrare gli amici fuori da scuola e a frequentare una palestra. La disforia di genere è confermata, e G. ora riesce ad esprimere chiaramente cosa desidera, cosa si aspetta dalla transizione e come si immagina. Inizia una relazione online con una ragazza, che va avanti per diversi mesi. Nel frattempo l'équipe concorda con G. l'avvio della terapia ormonale mascolinizzante. G. diventa uno dei migliori studenti della classe. La relazione virtuale però si conclude, e G. affronta dei momenti di grande tristezza. Ciononostante non ha crolli depressivi, anzi riesce ad usare lo spazio psicologico per parlare di cosa era successo, di come le relazioni online siano nei primi momenti molto facili ("possiamo essere chi vogliamo"), ma diventano difficili se poi non è possibile conoscersi, e passare del tempo assieme. G. riesce a utilizzare l'accaduto per riflettere su di sé e sul "segreto", per parlare delle paure su come sarà dopo l'intervento, tanto desiderato ma non più idealizzato come "bacchetta magica" che trasforma; piuttosto come un intervento

medico difficile, che può aiutare molto a sentirsi meglio, ma che certo lascerà delle cicatrici.

Il percorso di G. sottolinea come l'assessment possa essere più di un momento di valutazione: un'opportunità di conoscenza di sé e di sviluppo di capacità comunicative e riflessive. L'acquisizione di una migliore capacità di mentalizzazione grazie alla psicoterapia svolta in parallelo e la creazione di un rapporto di fiducia con l'équipe, hanno consentito la strutturazione un percorso di transizione consapevole.

■ *Presenza in carico e interventi supportivi*

Il primo obiettivo di questa fase è di organizzare le sedute in modo che i ragazzi/e e le loro famiglie siano coinvolti nel processo decisionale.

Le raccomandazioni delle società scientifiche suggeriscono di procedere con un approccio per stadi successivi dal più reversibile al più definitivo in modo che sia possibile ad ogni stadio valutare la situazione e il passo successivo (Coleman, *et al.*, 2011; Hembree, *et al.*, 2017; ONIG, 2015; Fisher, *et al.*, 2014). Per ragioni di spazio non descriveremo in questa sede il protocollo dettagliato. Ricordiamo soltanto che in casi accuratamente selezionati è possibile la somministrazione di farmaci che sospendono lo sviluppo puberale e quindi gli effetti mascolinizzanti/femminilizzanti degli ormoni sessuali sul corpo in evoluzione. Questo ha l'obiettivo di contenere la sofferenza associata alla trasformazione del corpo in senso opposto alla percezione di genere e dare tempo al ragazzo/a di confermare o meno l'opportunità della transizione. Se l'assunzione di questi farmaci è interrotta, infatti, il corpo può riprendere lo sviluppo senza effetti irreversibili. A partire dai 16 anni è possibile accedere alla vera e propria terapia ormonale mascolinizzante/femminilizzante, intervento parzialmente reversibile, cui è dedicato uno spazio specifico nel contributo delle dott.se Motta e Crespi, presente in questo fascicolo.

La presa in carico psicologica, le cui caratteristiche vengono definite *ad hoc* caso per caso deve continuare parallelamente agli eventuali interventi medici e le difficoltà associate saranno gestite in collaborazione con i Servizi di territorio. Gli interventi psicologici relativi alla identità di genere variano a seconda delle caratteristiche e delle risorse disponibili presso i Centri di riferimento. A Torino oltre agli interventi individuali dedicati all'adolescente, la presa in carico viene integrata con un lavoro che può coinvolgere tutta la famiglia oppure solo i genitori. Ove opportuno inoltre l'adolescente e i suoi genitori possono accedere a incontri di gruppo dedicati separatamente ai ragazzi e ai genitori, che rappresentano un'opportunità di condividere con i pari esperienze, difficoltà, strategie di *coping* e punti di forza per superare la percezione di isolamento.

■ *Il lavoro con la famiglia*

Il lavoro con la famiglia e con i genitori ha l'obiettivo di facilitare la comprensione dell'identità di genere dell'adolescente, sostenere il dialogo, la comunica-

zione aperta e rispettosa; questo anche tra la famiglia nucleare e la famiglia allargata: spesso nonni, zii, vengono tenuti all'oscuro di una situazione di cui è difficile parlare. Il circuito della segretezza è quindi uno dei primi *target* del lavoro con la famiglia (Di Ceglie, 2014). Altro obiettivo fondamentale è quello di sostenere l'adolescente e i genitori a tollerare l'incertezza della futura evoluzione della identità di genere e rallentare la tendenza a prendere posizioni definite, favorendo al contrario la ricerca delle migliori strategie per promuovere il benessere della persona, che possono prevedere, eventualmente, anche la transizione sociale, pur mantenendo la consapevolezza che è possibile cambiare idea e che il percorso è reversibile. Il supporto della famiglia, insieme al contesto sociale, è connesso al benessere psicologico ed è quindi considerato fattore protettivo rispetto all'insorgenza di sofferenze associate (Johns, Beltran, Armstrong, Jayne & Barrios, 2018). Percepire la fiducia di poter parlare apertamente con i propri genitori, di potere contare sul loro atteggiamento supportivo, è stato descritto dagli adolescenti stessi, all'interno di diverse indagini mirate, come un fattore che attenua i sentimenti depressivi e sostiene la speranza di poter affrontare le criticità e le sfide, tanto da mitigare le ideazioni suicidarie (Johnson, LeBlanc, Sterzing, Deardorff, Antin & Bockting, 2020).

■ *Transizione sociale*

Quando parliamo di transizione sociale ci riferiamo alla possibilità di mettere in atto cambiamenti che rendono evidente al mondo sociale, (la scuola, la famiglia, gli amici) il genere percepito. Si tratterà quindi di modificare il modo di vestire, di acconciare i capelli, l'uso del nome (dei pronomi relativi) in modo che rappresentino il vissuto di genere percepito. Se in passato questa eventualità era rara, ora è più frequente. È possibile quindi che gli adolescenti che si rivolgono ai servizi specializzati anche in Italia abbiamo già preso questa decisione e stiano già vivendo secondo il genere desiderato. Se l'approccio definito come *affermativo* (Leibowitz, 2018) sottolinea come l'ambiente accogliente, che favorisce la transizione sociale abbia un effetto protettivo sullo sviluppo dei ragazzi che sperimentano una varianza di genere, altri contributi presenti in letteratura indicano l'opportunità di usare prudenza, soprattutto nelle situazioni in cui la disforia di genere sia emersa nel contesto di fattori psicosociali interferenti o in associazione con problematiche psicopatologiche/ psichiatriche (Zucker, 2019). Leibowitz (2018) stesso sottolinea che la transizione sociale può rappresentare un passaggio definitivo per vivere secondo il ruolo di genere coerente con l'identità esperita dall'adolescente, ma può rappresentare anche semplicemente una ulteriore possibilità di esplorazione del vissuto di genere che considera la possibilità di tornare indietro. Questa distinzione può essere utile nel lavoro con le famiglie e i genitori, che potranno guardare alla transizione sociale come occasione di osservazione del vissuto familiare e dello sviluppo dei figli.

■ Il caso di A.⁷

A. si presenta all'età di 16 anni e mezzo al Servizio Specialistico accompagnato dalla madre e l'autorizzazione del padre, con la richiesta di intraprendere il percorso di transizione per adeguare il suo aspetto corporeo e i dati anagrafici, femminili, all'identità di genere percepita, maschile. Durante il colloquio di accoglienza spiega che i genitori sono separati, e che vive alternativamente presso la casa materna e quella paterna. I genitori lamentano che A. ha iniziato a manifestare comportamenti oppositivi e a mostrare una modalità più conflittuale nei loro confronti. A. sembra avere le idee molto chiare su cosa desidera e cosa si aspetta dalla transizione. Ha un funzionamento globale molto adeguato: va a scuola, ha molti amici e interessi nel tempo libero. Contemporaneamente alla presa in carico di A., viene offerto ai genitori uno spazio psicologico di sostegno, che nonostante la condizione di separazione accettano di seguire insieme. Secondo loro la figlia ha affrontato bene i cambiamenti legati alla separazione dei genitori. A. invece porta spesso in seduta il tema del disagio per la relazione con i genitori, si delinea un processo di individuazione e separazione faticoso. Infatti esprime diverse preoccupazioni per la madre (che sente tanto forte quanto fragile e bisognosa di vicinanza) e rabbie verso il padre (che vive come colui che ha maltrattato e abbandonato lei e la madre). Nel corso dei primi incontri con i genitori, emerge come essi avessero la convinzione che il malessere di A. fosse esclusivamente legato alla sofferenza per l'identità di genere; si meravigliavano di questo, in quanto si erano da subito mostrati accoglienti e supportivi rispetto a questa dimensione. Con il procedere degli incontri, i genitori prendono contatto con la realtà che il malessere sperimentato da A. è legato all'interazione di molteplici fattori, inclusa la sofferenza legata all'identità di genere, ma anche i complessi vissuti legati alla separazione dei genitori, caratterizzati da forti conflitti di lealtà. Analizzando la modalità con cui ritenevano di essere stati accoglienti e supportivi rispetto alla sofferenza per l'identità di genere, si rendevano conto che, se su un piano razionale avevano compreso la sofferenza e la necessità di accogliere A., sul piano emotivo l'ansia per il futuro e il timore di non riuscire ad essere dei "buoni genitori", li aveva portati a "tagliare corto" sul discorso. Avevano offerto una risposta apparentemente positiva che però, a livello profondo, era volta a evitare di entrare in contatto autentico con la tematica, per cui A. sentiva di avere il sostegno dei genitori, ma percepiva anche di non poter aprire con loro discorsi "troppo profondi" sul tema.

Le sedute di A., specie all'inizio del percorso di assessment, si aprono con il fermo il desiderio di arrivare alla terapia ormonale mascolinizante. A. si presenta in effetti con un aspetto maschile e vive già nel ruolo di genere corrispondente, per cui molti lo conoscono direttamente come un ragazzo. Nel corso dei

⁷ Ci riferiamo alle persone utilizzando il genere che hanno scelto/consolidato alla fine del percorso. I particolari specifici di ciascuna situazione sono stati modificati per rendere irriconoscibili le persone coinvolte.

colloqui si avvia l'esplorazione dell'identità di genere, del rapporto con il corpo e delle relazioni sentimentali. Le relazioni sentimentali sono centrali nei contenuti nelle sedute. A. riflette su come si sente percependo la maturazione delle sue modalità comunicative e riconoscendo che più partecipa profondamente ai rapporti, più è in grado di fare piani per il futuro e di procedere nel percorso di definizione della propria identità. A poco a poco A. inizia a mettere in evidenza che il corpo, nelle componenti biologico-anatomiche femminili (seno, mestruazioni), non causa la sofferenza che generalmente caratterizza la disforia di genere.

Un giorno A. comunica alla psicologa che aveva deciso di non procedere nel percorso di transizione: aveva capito di essere una ragazza mascolina con un orientamento omosessuale. A poco a poco realizza che avere compreso questo le ha permesso di sentirsi in pace rispetto a quello che riteneva fosse un'identificazione maschile, quasi a giustificare l'attrazione per le ragazze.

Questa comunicazione avviene dopo un percorso di un anno, durante il quale anche le relazioni con i genitori si sono rafforzate positivamente: se in precedenza l'atteggiamento del padre verso la diversità sessuale di A. era accogliente in modo superficiale, dopo il percorso si era trasformato in modo significativo, diventando supportivo allo sviluppo di A., in qualunque direzione fosse andato. A. conclude quindi il percorso al CIDIGEM e a distanza di un anno decide di intraprendere un percorso individuale non legato all'identità di genere.

Una transizione sociale già consolidata non ha quindi impedito ad A. l'esplorazione dell'identità di genere, anzi ha permesso di sperimentarsi e riflettere libera da condizionamenti sociali.

Tematiche controverse

L'avvio degli interventi ormonali pone dilemmi che coinvolgono aspetti medici, psicologici e bioetici. Possono influire sullo sviluppo osseo e sulla futura salute dell'organismo? Influiscono sui meccanismi di *pruning* cerebrale durante l'adolescenza? Siamo di fronte ad una persona minorenni, in grado di comprendere le conseguenze a lungo termine delle sue decisioni? L'assenso espresso può essere considerato valido? Dall'altra parte, in che misura i dubbi sollevati giustificano la negazione o la dilazione della somministrazione di una cura che potrebbe alleviare notevolmente la sofferenza psicologica vissuta come intollerabile dall'adolescente? Spesso questi dilemmi vengono affrontati da posizioni polarizzate che si confondono con posizioni ideologiche (de Graaf & Carmichael, 2019). Le polarizzazioni si estendono alle ipotesi sull'approccio migliore da utilizzare nella presa in carico. Si osserva quindi da un lato una spinta verso l'accesso ai trattamenti medici a età sempre più precoce, dall'altro una visione secondo cui affrettare la transizione rafforza l'aspettativa che la soluzione si possa trovare in una logica binaria per cui o ci si identifica come maschio, o come femmina senza esplorare le soluzioni intermedie alternative, che per alcuni adolescenti potrebbero rappresentare la scelta migliore (De Graaf e Carmichael 2019). Esistono gruppi di fami-

glie e di attivisti che ritengono la terapia ormonale un'opzione di cura che debba essere disponibile per tutti coloro che lo richiedono sottolineando il diritto dei bambini all'autodeterminazione e al riconoscimento della loro capacità di autogestire la propria vita (Pullen Sansfaçon, *et al.*, 2019). Siamo d'accordo con chi recentemente ha osservato che è probabile che i diversi modi di vedere questo argomento riflettano l'eterogeneità del gruppo di giovani con varianza di genere che si rivolgono ai Centri Specializzati, piuttosto che rappresentare dei quadri diagnostici e modelli di presa in carico in competizione tra loro e che si escludono a vicenda (de Graaf & Carmichael, 2019). L'assenza di evidenze scientifiche conclusive su quale sia l'approccio più corretto rende importante procedere con cautela e valutare caso per caso quale sia la scelta più adatta in relazione al contesto evolutivo e socio-relazionale specifico.

Alcuni gruppi di opinione sono contrari all'uso delle terapie ormonali affermando che questo tipo di scelte sono legate al rifiuto dell'omosessualità di questi ragazzi da parte delle famiglie e dei professionisti coinvolti. Altri gruppi di opinione si dichiarano invece contrari alla presa in carico medica dei ragazzi con disforia di genere paventando il rischio di uno stravolgimento del corso naturale dello sviluppo della famiglia e della società che sarebbe da salvaguardare, anche contro il volere dell'adolescente e delle loro famiglie.

A nostro parere invece è positivo che le aspettative culturali e sociali intorno alla questione del genere siano messe in discussione perché in questo modo si può creare il contesto perché l'espressione di sé possa emergere e ci sia spazio per la espressione individuale che valorizzi le scelte intermedie.

■ *Capacità di prestare il consenso informato e autonomia decisionale*

Una delle questioni più delicate in relazione alle terapie mediche è la capacità degli adolescenti di prendere decisioni consapevoli, ovvero di prestare un assenso realmente informato. Come ci ricorda Di Ceglie (2018) la capacità di decidere non è una dimensione di "tutto o niente" ma un processo che richiede tempo e spazio per le sfumature. Purtroppo invece i professionisti, le famiglie e gli adolescenti si trovano spesso in una dimensione in cui sentono forte la pressione a decidere il più velocemente possibile; sotto la spinta di aspetti emotivi legati alla sofferenza soggettiva, alle convinzioni del gruppo di riferimento, che generano un'impellenza a schierarsi in un senso o nell'altro, anche in conseguenza della fatica a restare nella condizione intermedia. È centrale in questo contesto che l'adolescente e la famiglia comprendano il significato e le conseguenze delle terapie mediche.

Anche in questo ambito il dibattito rischia di diventare autoreferenziale, le evidenze scientifiche sono troppo spesso accettate o rifiutate su basi di carattere ideologico piuttosto che scientifico. È quindi essenziale che ogni decisione o azione concreta venga preceduta da una accurata valutazione ed esplorazione della situazione con le sue caratteristiche uniche.

Note conclusive

Il presente contributo ha l'obiettivo di offrire al lettore non soltanto una panoramica sulla varianza di genere in adolescenza e sul tipo di intervento clinico che è chiamato in causa, ma, soprattutto, di metterne in evidenza la complessità che si genera al crocevia in cui si incontrano due specifiche complessità. Da una parte quella dell'adolescenza: fase evolutiva in cui le spinte evolutive verso la strutturazione dell'identità personale si intrecciano con un processo di sviluppo cognitivo e una costellazione emotiva spesso turbolenta (Wright, 2018). Dall'altra quella della varianza di genere, che tocca tanto gli aspetti identitari profondi, quanto gli aspetti sociali e relazionali della vita dell'adolescente.

Sono stati illustrati i principali dati della ricerca scientifica recente sulle sofferenze psicologiche associate alla varianza/disforia di genere in adolescenza, dati su come sia mutata la fenomenologia dell'identità di genere, con il manifestarsi sempre più frequente di identità fluide e non binarie. Sono stati descritti sinteticamente i punti più controversi, oggetto di dilemmi etici, che adolescenti, famiglie e professionisti si trovano ad affrontare, relativi alle terapie mediche, all'autonomia decisionale dell'adolescente e alla capacità di prestare un consenso/assenso realmente informato. È stato messo in evidenza il ruolo fondamentale che gioca il contesto relazionale, sia le figure genitoriali e gli eventuali fratelli, sia la rete allargata.

Tra le più importanti implicazioni cliniche sottolineate in questo lavoro c'è la posizione in cui si trova il professionista cui si rivolgono la famiglia e l'adolescente, che diventa oggetto di intense aspettative. Se il professionista non trova il modo di restare in contatto con stati d'animo molto difficili e articolati, di tollerare sentimenti di ansia, incertezza e impotenza, rischia di agire a sua volta, prendendo decisioni con azioni che non tengono conto della realtà complessiva dell'adolescente, o che al contrario aderiscono rigidamente ai protocolli che, pur fornendo indicazioni generali, non devono diventare degli schemi da applicare in modo automatico e senza riflessione.

Il lavoro con le persone adolescenti con varianza o disforia di genere è quindi complesso e richiede al professionista una competenza tecnica specifica sulla adolescenza e sulla disforia di genere, oltre che la capacità di tollerare stati d'animo complessi e sfaccettati, difendendo lo spazio di riflessione in una situazione in cui è forte la pressione a decidere in fretta. Per quanto esistano linee guida e modelli specifici di presa in carico, non è possibile pensare ad un modello perfetto e standardizzato che metta al riparo dall'incertezza e sia applicabile a tutte le situazioni; piuttosto è responsabilità di tutti gli attori coinvolti, certo a partire dagli standard raccomandati di cura, definire l'intervento per quell'adolescente e quella famiglia, in quel contesto (personale, familiare, sociale). Il WPATH sta lavorando all'aggiornamento (ottava versione) degli *Standards of Care* da qualche anno, ma proprio alla luce della complessità della materia, è tuttora in corso un acceso dibattito al suo interno affinché i diversi aspetti vengano considerati e gli standard rendano giustizia alla complessità della questione (Allen, Coles & Montano, 2019; Wren, 2019).

Bibliografia

- Aitken M., Steensma T.D., Blanchard R., VanderLaan D.P., Wood H., Fuentes A., ... Zucker K.J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 756-763. doi: /10.1111/jsm.12817
- Allen B.J., Coles M.S. & Montano G.T. (2019). A Call to Improve Guidelines for Transgender Health and Well-being: Promoting Youth-Centered and Gender-Inclusive Care. *Journal of Adolescent Health*, 65(4), 443-445. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.07.020
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. doi: 10.1037/a0039906
- Calderera A., Baietto C., Castellini G., Dalle Luche C., Delli Veneri A., ... Massara D. (2019). Children and adolescents referred to an Italian network of specialised gender clinics: gender presentation and psychological features. *Book of Abstracts. Third Biennial EPATH Conference Inside Matters. On Law, Ethics and Religion. p. 51-52, Rome, 11-13 April 2019*. Retrieved on <https://epath.eu/wp-content/uploads/2019/04/Boof-of-abstracts-EPATH2019.pdf>
- Calderera A.M., Marengo D., Gerino E., Brustia P., Rollè L. & Cohen-Kettenis P.T. (2019). A parent-report gender identity questionnaire for children: Psychometric properties of an Italian version. *Archives of sexual behavior*, 48(5), 1603-1615. doi: 10.1007/s10508-018-1372-7
- Churcher Clarke A. & Spiliadis A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 338-352. doi: 10.1177/1359104518825288
- Clark T.C., Lucassen M.F., Bullen P., Denny S.J., Fleming T.M., Robinson E.M. & Rossen F.V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99 doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.008
- Clark B.A., Veale J.F., Townsend M., Frohard-Dourlent H. & Saewyc E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158-169. doi: 10.1080/15532739.2017.1394954
- Cohen-Kettenis P.T. & van Goozen S.H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271. doi: 10.1097/00004583-199702000-00017
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., ... & Zucker K. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873
- de Graaf N.M. & Carmichael P. (2019). Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 353-364. doi: 10.1177/1359104518812924
- de Graaf N.M., Cohen-Kettenis P.T., Carmichael P., de Vries A.L., Dhondt K., Laridaen J., ... & Steensma T.D. (2018). Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. *European child & adolescent psychiatry*, 27(7), 909-919. doi: 10.1007/s00787-017-1098-4

- Deogracias J.J., Johnson L.L., Meyer-Bahlburg H.F., Kessler S.J., Schober J.M. & Zucker K.J. (2007). The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Journal of Sex Research*, 44, 370-379. doi:10.1080/00224490701586730
- de Vries A.L., Steensma T.D., Cohen-Kettenis P.T., VanderLaan D.P. & Zucker K.J. (2016). Poor peer relations predict parent-and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 579-588. doi: 10.1007/s00787-015-0764-7
- Di Ceglie D. (2018). Autonomy and decision-making in children and young people with gender dysphoria. In M. Shaw & S. Bailey (Eds.), *Justice for children & families: A developmental perspective* (pp. 145-153). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Di Ceglie D. (2014). Care for gender-dysphoric children. Kreukels B.P.C., Steensma T.D. & De Vries A.L. C. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 151-169). New York, NY: Springer.
- Di Ceglie D. (2008). Working at the edge: Engaging in therapeutic work with young people with atypical gender identity development. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 56, 403-406. doi: 10.1016/j.neurenf.2008.05.011
- Diemer E.W., Grant J.D., Munn-Chernoff M.A., Patterson D.A. & Duncan A.E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144-149. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.003
- Ehrensaft D. (2011). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 528-548. doi:10.1037/a0023828
- Eisenberg M.E., Gower A.L., McMorris B.J., Rider G.N., Shea G. & Coleman E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521-526. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.014
- Fisher A.D., Ristori J., Bandini E., Giordano S., Mosconi M., Jannini E.A., ... & Ricca V. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of endocrinological investigation*, 37(7), 675-687. doi: doi.org/10.1007/s40618-014-0077-6
- Hegarty P., Ansara Y. & Barker M. (2018). Nonbinary gender identities. In N.K. Dess, J. Marecek & L.C. Bell (Eds.), *Gender, sex, and sexualities: Psychological perspectives* (pp. 53-76). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/oso/9780190658540.003.0003
- Hembree W.C., Cohen-Kettenis P.T., Gooren L., Hannema S.E., Meyer W.J., Murad M.H., ... T'Sjoen G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102, 3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658
- Holt V., Skagerberg E. & Dunsford M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical child psychology and psychiatry*, 21(1), 108-118. doi:10.1177/1359104514558431
- James S.E., Herman J.L., Rankin S., Keisling M., Mottet L. & Anafi M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Retrieved at <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF> on 13 Aug 2019
- Jessen R.S. & Roen K. (2019). Balancing in the margins of gender: exploring psychologists' meaning-making in their work with gender non-conforming youth seeking puberty suppression. *Psychology & Sexuality*, 10(2), 119-131. doi:10.1080/19419899.2019.1568290

- Johns M.M., Beltran O., Armstrong H.L., Jayne P.E. & Barrios L.C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The journal of primary prevention*, 39(3), 263-301.
doi: 10.1007/s10935-018-0508-9
- Johnson K.C., LeBlanc A.J., Sterzing P.R., Deardorff J., Antin T. & Bockting W.O. (2020). Trans adolescents' perceptions and experiences of their parents' supportive and rejecting behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 67(2), 156-170.
doi: 10.1037/cou0000419.supp (Supplemental)
- Leibowitz S. (2018). Social gender transition and the psychological interventions. In: A. Janssen, S. Leibowitz (Eds) *Affirmative mental health care for transgender and gender diverse youth* (pp. 31-47). Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-78307-9_2
- Kaltiala-Heino R., Bergman H., Työlajärvi M. & Frisé L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 31. doi: 10.2147/AHMT.S135432
- Kaltiala-Heino R. & Lindberg N. (2019). Gender identities in adolescent population: Methodological issues and prevalence across age groups. *European Psychiatry*, 55, 61-66.
doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.09.003
- Kaltiala-Heino R., Työlajärvi M. & Lindberg N. (2019). Gender dysphoria in adolescent population: A 5-year replication study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 379-387. doi: /10.1177/1359104519838593
- Knutson D., Koch J.M. & Goldbach C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*. Advance online publication. doi: 10.1037/pri0000098
- Lawlis S.M., Donkin H.R., Bates J.R., Britto M.T. & Conard L.A.E. (2017). Health concerns of transgender and gender nonconforming youth and their parents upon presentation to a transgender clinic. *Journal of Adolescent Health*, 61(5), 642-648.
doi:10.1016/j.jadohealth.2017.05.025
- Leibowitz S. & Janssen A. (2018). Affirming and Gender-Informed Assessment of Gender Diverse and/or Transgender Youth Across Development. In *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth* (pp. 1-29). Springer, Cham.
doi: 10.1007/978-3-319-78307-9_1
- Meyer-Bahlburg H. (2019). "Diagnosing" gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 1-9. doi: 10.1007/s10508-018-1349-6
- Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (2015). *Linee guida per la presa in carico dei minorenni con sviluppo atipico della identità di genere*. Roma: Author. Scaricato da http://www.onig.it/drupal8/docs/SoC_minorenni.pdf il 20.08.2019
- Pullen Sansfaçon A., Temple-Newhook J., Suerich-Gulick F., Feder S., Lawson M.L., Ducharme J., ... & Stories of Gender-Affirming Care Team. (2019). The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics. *International Journal of Transgenderism*, 1-17. doi: 10.1080/15532739.2019.1652129
- Reisner S.L., Conron K.J., Tardiff L.A., Jarvi S., Gordon A.R. & Austin S.B. (2014). Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: Validity of natal sex and gender identity survey items in a US national cohort of young adults. *BMC public health*, 14(1), 1224. doi: 10.1186/1471-2458-14-1224
- Savioja H., Helminen M., Fröjd S., Marttunen M. & Kaltiala-Heino R. (2015). Sexual experience and self-reported depression across the adolescent years. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3(1), 337-347. doi: 10.1080/21642850.2015.1101696

- Shields J.P., Cohen R., Glassman J.R., Whitaker K., Franks H. & Bertolini I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 248-250. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.016
- Shively M.G. & De Cecco J.P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of homosexuality, 3*(1), 41-48. doi: 10.1300/J082v03n01_04
- Strang J.F., Meagher H., Kenworthy L., de Vries A.L., Menvielle E., Leibowitz S., ... & Pleak R.R. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(1), 105-115. doi:10.1080/15374416.2016.1228462
- Tobin V. & Gahn S.W. (2018). The Gender Nonbinary Adolescent. In *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth* (pp. 75-90). Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-78307-9_5
- Twist J. & de Graaf N.M. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clinical child psychology and psychiatry, 24*(2), 277-290. doi: 10.1177/1359104518804311
- VandenBos G.R. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/14646-000
- Vincent B. & Manzano A. (2017). History and cultural diversity. In C. Richards, W. P. Bouman & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 11-30). London, United Kingdom: Palgrave Macmillan. doi: 10.1057/978-1-137-51053-2_2
- World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> on 13 August 2019.
- Wren B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry, 24*(2), 203-222. doi: 10.1177/1359104518822694
- Wright H. (2018). 'Emotional turbulence': the development of symbolic thinking in the psychotherapeutic treatment of an adolescent girl. *Journal of Child Psychotherapy, 44*(1), 55-72. doi: 10.1080/0075417X.2018.1440617
- Zucker K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health, 14*(5), 404-411. doi: 10.1071/SH17067
- Zucker K.J. (2019). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Archives of sexual behavior, 1*-10. doi: 10.1007/s10508-019-01518-8
- Zucker K.J., Mitchell J.N., Bradley S.J., Tkachuk J., Cantor J.M. & Allin S.M. (2006). The Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire: Psychometric properties. *Sex Roles, 54*, 469-483. doi: 10.1007/s11199-006-9019-x
- Zucker K.J., Wood H. & VanderLaan D.P. (2014). Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 171-192). New York, NY: Springer.

Trattamento ormonale nella disforia di genere in età evolutiva

Giovanna Motta*, Silvia Einaudi**, Chiara Crespi*

Sommario - Il momento della pubertà rappresenta un momento delicato di transizione in cui si affrontano cambiamenti somatici e psicologici che porteranno l'individuo dall'età infantile a quella adulta. Tale passaggio appare ancora più complicato in caso di sviluppo atipico dell'identità di genere: infatti, i cambiamenti del corpo diventano una vera e propria sofferenza che evidenzia maggiormente le differenze tra il genere esperito e il genere assegnato alla nascita. In tale periodo di crescita un soggetto con sviluppo atipico dell'identità di genere e la sua famiglia necessitano di una presa in carico complessiva che richiede un approccio multidisciplinare da parte di una Equipe di esperti.

Il ruolo dell'esperto di salute mentale prevede oltre ad una psicoterapia di supporto per bambini ed adolescenti anche consultazioni con la famiglia allo scopo di garantire il più possibile una situazione di equilibrio e stabilità nel contesto sociale di appartenenza.

Dal punto di visita endocrinologico, negli adolescenti, in casi accuratamente selezionati, può essere precocemente preso in considerazione un intervento di tipo medico che consiste in due fasi: la sospensione della pubertà e la riassegnazione di genere con terapia ormonale *gender-affirming*. La prima, con l'uso di farmaci analoghi del GnRH, sospende, temporaneamente e in modo reversibile, lo sviluppo puberale allo scopo di ridurre la sofferenza e il disagio legata alla disforia di genere.

In caso di conferma diagnostica, a partire dai 16 anni, la terapia ormonale *gender-affirming*, con estrogeni e androgeni, induce i cambiamenti somatici in senso femminilizzante o mascolinizzante. In questa review verrà descritta e discussa la presa in carico medica e psicologica della disforia di genere in età evolutiva.

Parole chiave: *disforia di genere, pubertà, GnRH analoghi.*

Abstract - Hormonal treatment in gender dysphoria in child and adolescent

Puberty is a critical period of transition between childhood and adulthood that includes physical and psychological changes. This period appears to be more complicated in case of atypical gender identity development: the pubertal body changes represent a real agony that emphasizes the incongruence between gender assigned at birth and gender experienced/expressed. Thus, transgender adolescents and their family require a multidisciplinary approach from a gender team.

The roles of the mental health professional working with gender dysphoric adolescents consist in a supportive psychotherapy to assist children and adolescent and in providing family counseling in order to guarantee psychological and social wellbeing.

From an endocrinological point of view, transgender adolescents, in selected cases, may be eligible for medical treatment that consists in two different phases: pubertal suspension and gender-affirming hormonal treatments.

GnRH analogs are used in selected cases in order to achieve, temporarily and reversibly, pubertal hormone suppression and to reduce the distress linked to gender dysphoria.

In case of persistence of gender dysphoria, at the age of 16 years, gender-affirming hormonal treatment with estrogens and androgens feminize or masculinize the body. The psychological and medical approach to gender dysphoria in adolescence will be analysed and discussed in this review.

Key words: Gender dysphoria, puberty, GnRH analogs.

* S.C. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U., AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

** S.S.D. Endocrinologia Pediatrica, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Università di Torino.

Introduzione

La Disforia di Genere (DG) in età evolutiva è una condizione complessa e multifattoriale non solo perché non presenta sempre una chiara fenomenologia, ma perché coinvolge tutti i processi evolutivi legati alla crescita ed allo sviluppo dell'individuo.

In un soggetto adulto l'identità di genere è il risultato di una serie di fattori biologici, psicologici ed ambientali che insieme determinano l'identità sessuale. Nei bambini e negli adolescenti tutte queste dimensioni si intersecano ed interagiscono tra loro subendo l'impatto dell'evoluzione della crescita in senso biologico e psicologico.

La letteratura scientifica evidenzia come la DG tenda ad intensificarsi maggiormente con lo sviluppo puberale ed i cambiamenti fisici possono compromettere il funzionamento globale del soggetto.

Un'importante differenza tra i bambini e gli adolescenti con DG sta nella proporzione di coloro nei quali la DG persiste fino all'età adulta. Negli studi di follow up sui bambini in età pre-pubere (principalmente maschi), la DG persiste in età adulta solo per il 6-23% di essi (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Altri studi più recenti, che comprendono anche le femmine, hanno dimostrato un 12-27% di persistenza della DG fino all'età adulta (Drummond, *et al.*, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Viceversa, la persistenza della DG nell'età adulta pare essere maggiore quando questa compare nell'adolescenza. Come supportato dalla letteratura, la DG in adolescenza rappresenta una condizione ad alto rischio perché può associarsi a diverse psicopatologie concomitanti e a possibile grave compromissione del funzionamento globale. I cambiamenti corporei indotti dalla pubertà creano un disagio clinicamente significativo che spesso necessita di una precoce presa in carico multidisciplinare sia psicologica che medica.

L'intervento medico prevede la possibilità di utilizzo dei GnRH analoghi per bloccare la progressione dello sviluppo puberale al fine di alleviare il disagio del corpo e per prolungare l'osservazione diagnostica permettendo ai soggetti un'esplorazione più serena della propria identità di genere, una maggior presa di coscienza di essa ed un'indagine più proficua delle varie possibilità terapeutiche.

Approccio medico

■ *Infanzia*

La presa in carico in infanzia per un bambino con incongruenza di genere è esclusivamente di tipo psicologico e neuropsichiatrico e non prevede nessun intervento di tipo medico ormonale farmacologico.

■ *Adolescenza*

Il trattamento medico ormonale negli adolescenti transgender consiste in due fasi:

1. Sospensione della pubertà.
2. Riassegnazione di genere con la terapia ormonale *gender-affirming*.

1. Sospensione della pubertà

Nelle femmine i primi segni dello sviluppo puberale sono la comparsa del bottone mammario a cui seguirà, dopo circa 2 anni, la comparsa del menarca. Nei maschi la crescita del volume testicolare, in particolare sopra i 4 cc di volume, segna l'inizio della pubertà.

La descrizione degli stadi puberali secondo la classificazione di Tanner è fornita in Tabella 1.

Tali modifiche del corpo creano estrema sofferenza nell'adolescente con DG e possono interferire gravemente con il suo funzionamento e benessere psicologico.

Pertanto al fine di ridurre tale sofferenza e disagio, in casi accuratamente selezionati, può essere precocemente preso in considerazione un intervento di tipo medico che sospenda lo sviluppo puberale (T'Sjoen, *et al.*, 2019).

È stato infatti dimostrato che un trattamento medico precoce all'inizio dello sviluppo puberale, rispetto ad un trattamento più tardivo, è correlato ad un outcome migliore sia dal punto di vista psicologico che fisico (Hembree, *et al.*, 2017; de Vries, *et al.*, 2011).

Tabella 1 - **Stadi puberali secondo Tanner.**

Femmina

- B1 Assenza di tessuto ghiandolare mammario: l'areola non è rilevata rispetto alla cute del torace (stadio prepubere).
- B2 Bottone mammario con prominenza della papilla e allargamento dell'areola.
- B3 La papilla diventa più sporgente e si estende oltre il bordo dell'areola; questa continua ad allargarsi ma non vi è separazione tra i loro contorni.
- B4 Ulteriore ingrossamento della mammella. Areola e papilla divengono protuberanti e sporgono sopra la mammella.
- B5 Mammelle con conformazione adulta: vi è protrusione del capezzolo in seguito alla retrazione della areola sulla superficie della mammella.

Maschio

- G1 Volume testicolare di 1-2 cc; lunghezza del pene uguale o inferiore a 3 cm (stadio prepubere).
- G2 Volume testicolare di circa 4 cc; ingrandimento dello scroto e iniziale pigmentazione della cute; lunghezza del pene invariata.
- G3 Volume testicolare di circa 10 cc; ulteriore ingrandimento dello scroto; allungamento del pene fino a circa 6 cm.
- G4 Volume testicolare di 11-17 cc; ulteriore ingrandimento dello scroto e aumento della pigmentazione; incremento della lunghezza (fino a circa 10 cm) e della circonferenza del pene.
- G5 Volume testicolare superiore ai 17 ml; conformazione adulta dello scroto; lunghezza del pene di circa 15 cm.

Il team multidisciplinare olandese è stato antesignano e ha messo a punto un protocollo di sospensione della pubertà, conosciuto come “Dutch protocol”, diventato il primo modello di intervento medico (Delamarre-van de Waal, *et al.*, 2006).

La sospensione della pubertà richiede l'utilizzo di farmaci analoghi del GnRH (ormone liberatore delle gonadotropine o GnRHa). I criteri di eleggibilità al suddetto trattamento sono chiaramente definiti nelle attuali vigenti Linee Guida (LG) dell'Endocrine Society sottoscritte nel 2009 e aggiornate nel 2017 (Hembree, *et al.*, 2017). Tali criteri sono riportati in Tabella 2.

Nei casi in cui vengano soddisfatti tali criteri, si può prendere in considerazione l'opportunità di bloccare, temporaneamente e in modo reversibile, l'avanzamento delle modifiche puberali al fine di concedere tempo all'adolescente di esplorare la propria identità di genere e di maturare una decisione rispetto ad un'eventuale futura riassegnazione di genere. Inoltre, contemporaneamente, l'Equipe di salute mentale, senza il disagio legato allo sviluppo puberale, può proseguire l'approfondimento, migliorando l'accuratezza diagnostica.

In tal senso l'utilizzo dei GnRHa si può considerare come una estensione della fase diagnostica.

Tabella 2 - Criteri di eleggibilità per il trattamento con analoghi del GnRH negli adolescenti con DG.

Gli adolescenti con DG sono candidati al trattamento con analoghi del GnRH se:

1. Un esperto di salute mentale:

- conferma che sussistono i criteri per la diagnosi di DG o di non conformità di genere secondo DSM-5;
- conferma che la DG è peggiorata con l'inizio dello sviluppo puberale;
- conferma che qualunque coesistente problema psicologico, medico o sociale potenzialmente interferenti con l'iter diagnostico o terapeutico della DG è stato preso in carico;
- conferma che l'adolescente è in grado di comprendere e fornire il consenso informato al trattamento.

2. L'adolescente:

- è stato informato degli esiti attesi e degli effetti collaterali del trattamento, compreso la potenziale perdita di fertilità, e delle possibilità di preservazione della fertilità;
- ha fornito un consenso informato ed esiste la disponibilità a un adeguato supporto da parte dei genitori o caregiver.

3. L'endocrinologo pediatra:

- concorda con le indicazioni al trattamento con GnRHa;
- conferma l'inizio dello sviluppo puberale (stadio Tanner G2/B2);
- conferma che non ci sono controindicazioni mediche al trattamento con GnRHa.

Adattato da Hembree, *et al.*, 2017.

Inoltre un elemento importante da sottolineare è la totale reversibilità del trattamento: la terapia con GnRHa non è una riassegnazione di genere in quanto non modifica il corpo, ma lo lascia neutrale. In caso la DG non persistesse e/o il soggetto non desiderasse intraprendere un percorso di riassegnazione medica di genere, la terapia con GnRHa può essere sospesa e lo sviluppo puberale riprende nella direzione del genere assegnato alla nascita.

Il trattamento con GnRHa è raccomandato anche dalle principali Società Scientifiche dedicate in campo nazionale che hanno pubblicato nel 2014 un protocollo d'intervento a nome della Società Italiana di Endocrinologia Pediatrica (SIEDP), della Società Italiana di Endocrinologia (SIE), della Società di Medicina della Sessualità e Andrologia (SIAMS) e dell'Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG) (Fisher, *et al.*, 2014).

L'utilizzo di GnRHa nei bambini e adolescenti è noto fin dal 1981 per il trattamento della pubertà precoce centrale. L'efficacia degli analoghi nel sospendere lo sviluppo puberale è ampiamente dimostrata nella popolazione pediatrica e sono anche disponibili dati sulla sicurezza a lungo termine in soggetti trattati per pubertà precoce (Carel, *et al.*, 2009). Ne deriva quindi che l'impiego del farmaco per altro scopo, ovvero la soppressione della funzione gonadica nella DG, presenti un simile profilo di sicurezza.

Il farmaco GnRHa più studiato negli adolescenti con DG è la triptorelina, decapeptide sintetico analogo del GnRH naturale, a lunga durata d'azione, la cui somministrazione inibisce la secrezione di gonadotropine a livello ipofisario con conseguente soppressione delle funzioni testicolare ed ovarica. Il trattamento prolungato, infatti, causa la desensibilizzazione del recettore del GnRH con riduzione dei livelli di gonadotropine ipofisarie e di conseguenza degli ormoni secreti dalle gonadi a concentrazioni tali per cui, durante il trattamento, il soggetto permane in uno stato di ipogonadismo.

La somministrazione, sottocutanea o intramuscolare, di triptorelina può avvenire al dosaggio di 3.75 mg una volta al mese. Alternativamente è possibile utilizzare anche la formulazione di triptorelina a lunga durata d'azione, al dosaggio di 11.75 mg da somministrare ogni 3 mesi. Nella pratica clinica, si suggerisce inizialmente la formulazione mensile, da sostituire eventualmente dopo 6 mesi con quella trimestrale (Fisher, *et al.*, 2014).

Oltre a bloccare la progressione puberale, tale terapia appare in grado, se utilizzata precocemente, di causare la regressione delle prime manifestazioni di sviluppo puberale (atrofia del tessuto mammario già sviluppato nei transgender maschi e riduzione del volume testicolare nelle transgender femmine). Teoricamente tale protocollo terapeutico può essere applicato anche negli adolescenti in fase tardiva di sviluppo puberale (oltre lo stadio 3 di Tanner) arrestandone l'avanzamento, ma le modificazioni corporee già presenti potrebbero non regredire completamente.

I GnRHa sono generalmente ben tollerati ad eccezione di vampate di calore ed astenia che si manifestano nei primi mesi di trattamento (Martinerie, *et al.*,

2018). Alcuni casi di ipertensione arteriosa sono stati riportati in 3 adolescenti transgender maschi su una coorte di 138 soggetti analizzati (Klink, *et al.*, 2015a; Hembree, *et al.*, 2017), pertanto le LG suggeriscono precauzionalmente di monitorare i livelli pressori durante la terapia con GnRHa. Infine, altri effetti collaterali possibili sono legati alla modalità iniettiva della terapia (dolore e formazioni di ascessi in sede di iniezione).

Durante il trattamento è necessario monitorare l'adolescente con valutazioni cliniche auxologiche (peso, altezza, indice di massa corporea, pressione arteriosa, stadio di Tanner) ogni 3-6 mesi e valutazioni ormonali (LH, FSH, Estradiolo, testosterone, prolattina, 25-OH vitamina D) da ripetere ogni 6-12 mesi per il primo anno di terapia. Inoltre le LG consigliano di eseguire ogni 1-2 anni la valutazione della densità minerale ossea (BMD) tramite DEXA e dell'età ossea tramite l'Rx della mano sinistra in relazione al quadro clinico. La BMD deve essere monitorata fino all'età di 15-30 anni o al raggiungimento del picco di massa ossea (Hembree, *et al.*, 2017).

■ *Studi di efficacia e sicurezza dell'uso dei GnRHa: aspetti medici e psicologici*

La terapia con GnRHa è efficace nel sopprimere la pubertà negli adolescenti transgender. Un recente studio longitudinale del gruppo olandese ha dimostrato che 12 mesi di terapia con triptorelina in 33 ragazze transgender (età media 13.6 anni), su un totale di 49 inclusi nello studio, bloccano lo sviluppo testicolare e provocano una riduzione del volume, mentre in 67 ragazzi transgender (età media 14.2 anni) inducono amenorrea e regressione dello sviluppo mammario. Parallelamente anche i livelli di testosterone e di estradiolo diminuiscono in maniera significativa, rispettivamente nelle ragazze e nei ragazzi transgender. Dal punto di vista dei parametri antropometrici e auxologici, la suddetta terapia provoca una riduzione della velocità di crescita staturale in entrambi i gruppi analizzati, mentre la massa grassa aumenta e quella magra si riduce significativamente (Schagen, *et al.*, 2016).

Dal punto di vista osseo, la terapia con i GnRHa sembrerebbe inizialmente ridurre la BMD, ma tale compromissione si normalizzerebbe dopo l'induzione della pubertà con ormoni *gender-affirming*. Uno studio del gruppo olandese ha, infatti, dimostrato che i GnRHa in un campione di 18 ragazzi transgender e 14 ragazze transgender inducono una riduzione della BMD, statisticamente significativa solo nel gruppo di transgender femmine, seguita da un successivo incremento in relazione all'inizio degli ormoni *gender-affirming* con una BMD finale non diversa rispetto a quella osservata prima di iniziare gli analoghi (Klink, *et al.*, 2015b). Tali risultati non sono stati completamente confermati in un successivo studio longitudinale dello stesso gruppo su un campione di 28 ragazze transgender e 42 ragazzi transgender: la BMD decresce durante i GnRHa e dopo 24 mesi di trattamento con gli ormoni *gender-affirming* la BMD ri-aumenta, ma non torna come nel pre-trattamento (Vlot, *et al.*, 2017).

Uno dei più temuti effetti a lungo termine della terapia con gli analoghi del GnRH riguarda le possibili conseguenze sul sistema nervoso centrale (SNC). Infatti, la pubertà rappresenta un momento fondamentale per la fisiologica riorganizzazione del SNC, soprattutto per quanto riguarda le funzioni esecutive, a livello della corteccia prefrontale (Huttenlocher, 1979). La letteratura specifica a tal riguardo nella DG è limitata. Tuttavia, da uno studio pubblicato nel 2015 non sono emersi effetti negativi sulla funzione esecutiva (indagata con il test Tower of London task) in un gruppo di adolescenti con DG trattati con GnRHa confrontati con soggetti non trattati (Staphorsius, *et al.*, 2015).

Per quanto concerne l'impatto della terapia con GnRHa sulla potenziale fertilità dei soggetti con DG, non sono disponibili dati sulle conseguenze nel lungo termine e pertanto è raccomandato informare l'adolescente e la famiglia dell'impatto che tale terapia potrebbe avere sul potenziale riproduttivo (Hembree, *et al.*, 2017).

Da punto di vista psicologico, sono riportati in letteratura effetti positivi: uno studio prospettico olandese di follow-up ha mostrato in 70 adolescenti (33 transgender femmine e 37 transgender maschi; età media 13.6 ± 1.8 anni) che il trattamento con i GnRHa migliora significativamente il funzionamento psicologico generale e i sintomi depressivi (De Vries, *et al.*, 2011a).

Inoltre, applicando un protocollo di intervento precoce di riassegnazione di genere i vantaggi sono evidenti: uno studio longitudinale su un campione di 55 giovani adulti transgender (22 transgender femmine e 33 transgender maschi) ha mostrato che il trattamento con i GnRHa ha migliorato il funzionamento psicologico, ha ridotto i livelli di disforia di genere e del corpo, migliorando la soddisfazione generale e la qualità di vita (de Vries, *et al.*, 2014).

Inoltre sembrerebbe che una presa in carico precoce rappresenti un fattore prognostico positivo per un miglior funzionamento psicologico: un altro studio del gruppo olandese, confrontando i profili psicopatologici emersi dallo scoring al MMPI-A in 83 adolescenti con DG rispetto al MMPI-2 in 293 adulti con DG, ha dimostrato un funzionamento psicologico più basso negli adulti con DG rispetto agli adolescenti (De Vries, *et al.*, 2011b).

■ *Presa in carico psicologica durante il trattamento con i GnRHa*

Nel corso della terapia con i GnRHa è raccomandata una presa in carico complessiva che comprenda l'adolescente transgender, la sua famiglia e il contesto sociale di appartenenza.

Gli adolescenti presi in carico dall'equipe psicologica continuano ad esplorare la propria identità di genere senza subire il disagio delle modificazioni corporee indotte dalla pubertà. In questo modo può avvenire una più serena presa di coscienza della loro identità ed una maggior consapevolezza delle possibili opzioni terapeutiche future. È importante che i professionisti della salute mentale che lavorano con gli adolescenti transgender in trattamento con GnRHa non impongano una visione binaria del genere. Dovrebbero dare ampio spazio per esplorare le diverse opzioni dell'espressione di genere, così come i tempi per modificare il proprio ruolo di genere e le possibili manifestazioni in ambito socio-relazionale (Soc. WPATH).

Parallelamente anche la famiglia svolge un ruolo importante per la salute psicologica ed il benessere dei giovani (Brill S.A & Pepper R. 2008; Lev A.I., 2004). La presenza o l'assenza di un sistema familiare supportivo rappresenta un elemento prognostico fondamentale: laddove vi è supporto familiare il giovane ha la possibilità di valutare in serenità le varie opzioni terapeutiche in relazione alle varie aree di funzionamento. Tale dato emerge anche dallo studio olandese di follow up di De Vries, *et al.*, (2014): le famiglie erano per la maggioranza supportive (95% delle madri, 80% dei padri e circa l'87% dei parenti) nei 55 soggetti che formavano il campione clinico e questo ha permesso una più semplice transizione sociale e risultati positivi in termini di benessere soggettivo e miglioramento della qualità della vita.

Le famiglie e le figure di riferimento del giovane devono essere adeguatamente supportate nella gestione dell'incertezza dello sviluppo psicosessuale del giovane transgender (Coleman, *et al.*, 2011). A tal fine è consigliabile fornire agli adolescenti e alle loro famiglie informazioni ed indirizzi per un supporto sociale come gruppi di pari per i soggetti transgender e gruppi di auto-aiuto per i genitori (Gold & MacNish 2011).

Infine è opportuno considerare anche il contesto sociale di appartenenza del soggetto transgender: le linee guida internazionali invitano a fornire supporto nell'ambiente (es: consultori, scuole, organizzazioni...) alla luce del fatto che gli adolescenti che non si conformano alle regole socialmente prescritte possono essere soggetti di molestie che li mettono a rischio di isolamento sociale (Nuttbrock, *et al.*, 2010; Coleman, *et al.*, 2011).

■ Prescrivibilità della triptorelina

Fino a luglio 2018 la triptorelina è stata utilizzata in Italia nella DG per la sospensione della pubertà secondo una modalità "off label", cioè al di fuori delle indicazioni tecniche, in quanto la sospensione della pubertà nella DG non era tra le indicazioni d'utilizzo del farmaco autorizzate dall'AIFA (es. pubertà precoce, carcinoma prostatico avanzato, carcinoma mammario, endometriosi). Quindi l'uso della triptorelina a questo scopo è stata nel nostro Paese a totale carico dell'utente. A luglio 2018 la Commissione consultiva Tecnico-scientifica dell'AIFA ha ritenuto di dare parere favorevole alla richiesta di inserimento della triptorelina nell'elenco istituito ai sensi della Legge n. 648/96 per il suo impiego in casi selezionati di DG nell'adolescente.

Tale legge, infatti, consente di erogare a carico del SSN, previo parere della Commissione consultiva Tecnico Scientifica dell'AIFA, uno specifico farmaco che non è stato registrato inizialmente a quello scopo.

Pertanto, attualmente, la triptorelina può essere richiesta dalla Farmacia dell'Ospedale c/o cui è in carico l'adolescente con DG e erogata a carico del SSN.

Successivamente, in seguito a richiesta di AIFA, anche il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2018 ha espresso una posizione favorevole sulla eticità di tale intervento medico, purché venga proposto da una équipe multidisciplinare e specialistica in casi attentamente selezionati.

■ *Alternative ai GnRHα*

Nei casi in cui non è possibile prescrivere i GnRHα, sono disponibili alcune possibilità terapeutiche mediche alternative al fine di ridurre la disforia di genere dei giovani, soprattutto quando lo sviluppo puberale è avanzato (T'Sjoen, *et al.*, 2019).

Negli adolescenti transgender maschi, è possibile utilizzare farmaci progestinici con lo scopo di bloccare la ciclicità mestruale e indurre amenorrea secondaria.

Uno studio recente ha indagato retrospettivamente l'effetto del linestrenolo in un gruppo di 45 transgender maschi di età media 15 anni con stadio puberale avanzato (Tanner B4): dopo 6 mesi di monoterapia veniva raggiunta l'amenorrea nella metà dei casi e nell'altra metà di casi la metrorragia è stato il principale effetto collaterale che si riduceva al 18% dei casi ad 1 anno di osservazione in corso di terapia con testosterone. Tuttavia, tale terapia non sopprimeva la produzione di estradiolo né quella di FSH, ma induce una riduzione del solo LH (Tack, *et al.*, 2016).

Nelle transgender femmine in fase avanzata di sviluppo puberale, la produzione di androgeni può essere soppressa con l'uso di farmaci antiandrogeni come il ciproterone acetato (CPA) o lo spironolattone, gli stessi usati nella popolazione adulta. Gli effetti del CPA in monoterapia, non associati all'uso di estrogeni, sono stati studiati in 27 transgender femmine ad uno stadio Tanner G4. Dopo 6 mesi di terapia con CPA 50 mg/die i livelli di testosterone si riducevano, le gonadotropine (LH e FSH) rimanevano stabili e i livelli di prolattina aumentavano. A livello clinico, l'androgenizzazione cutanea si riduceva senza aumento ponderale. Tra gli effetti collaterali veniva riportata astenia e un aumento transitorio delle transaminasi nel 15% dei soggetti, mentre i parametri glicometabolici non risultavano alterati (Tack, *et al.*, 2017).

2. Riassegnazione di genere con la terapia ormonale gender-affirming

In caso di persistenza della DG e se soddisfatti specifici criteri di elegibilità (vedi Tabella 3), è possibile iniziare la terapia ormonale cross-sex, oggi definita *gender-affirming*, di tipo femminilizzante o mascolinizzante.

Tale trattamento può essere proposto a partire dai 16 anni, ma l'età continua ad essere motivo di dibattito a livello internazionale perché la proposta dei 16 anni è legata a motivi giurisdizionali e non da una comprovata maturazione cognitiva. In molti Paesi un soggetto a 16 anni è considerato legalmente adulto da poter fare scelte di tipo medico e così è stato in Olanda dove i GnRHα sono stati utilizzati per la prima volta nella DG. Pertanto, le ultime LG dell'Endocrine Society non indicano una età specifica, ma riferiscono che i 16 anni sono, nella maggior parte dei casi, legalmente sufficienti per esprimere un consenso informato e per intraprendere il percorso in maniera matura e consapevole (Hembree, *et al.*, 2017).

I protocolli di terapia ormonale consistono in una sorta di induzione della pubertà nel genere esperito e prevedono negli adolescenti con DG dosi crescenti di estrogeni o testosterone (rispettivamente nei maschi e nelle femmine biologiche), con schemi di trattamento mutuati da quelli utilizzati nei soggetti ipogonadici.

Tabella 3 - Criteri di elegibilità per riassegnazione di genere con terapia ormonale *gender-affirming* negli adolescenti con DG.

Gli adolescenti con DG sono candidati al trattamento con terapia ormonale *gender-affirming* se:

1. Un esperto di salute mentale conferma:

- la persistenza della disforia di genere (DG);
- conferma che qualunque coesistente problema psicologico, medico o sociale potenzialmente interferente con l'iter terapeutico o che può compromettere l'aderenza alla terapia sia stato preso in carico in modo che l'adolescenza viva una condizione di stabilità che permetta di iniziare il trattamento ormonale;
- conferma che l'adolescente abbia sviluppato capacità di comprendere le conseguenze di questo trattamento irreversibile, di soppesare benefici e rischi e fornire il consenso informato al trattamento. Tale capacità è raggiunta a 16 anni per la maggior parte degli adolescenti.

2. L'adolescente:

- è stato informato degli effetti irreversibili e degli effetti collaterali del trattamento, compreso la potenziale perdita di fertilità e le possibilità di preservazione della fertilità;
- ha fornito un consenso informato ed esiste un adeguato supporto da parte dei genitori o caregiver.

3. L'endocrinologo Curante:

- concorda con le indicazioni al trattamento con terapia ormonale *gender-affirming*;
- conferma che non ci sono controindicazioni mediche al trattamento ormonale *gender-affirming*.

Adattato da Hembree, *et al.*, 2017.

Esistono due regimi di trattamento. Nel caso in cui gli analoghi del GnRH sono stati somministrati negli stadi iniziali dello sviluppo puberale, l'induzione della "nuova" pubertà può essere effettuata con basse dosi di steroidi sessuali con aumento graduale posologico. Al contrario, se il trattamento con GnRHa è iniziato in fase tardiva puberale, la terapia ormonale *gender-affirming* può essere effettuata con dosi più alte e con un aumento posologico meno graduale fino ad arrivare ai dosaggi previsti per l'età adulta.

La terapia con GnRHa dovrebbe quindi essere proseguita durante la terapia ormonale *gender-affirming*, dal momento che durante l'induzione della pubertà i livelli degli steroidi sessuali non sono sufficienti a sopprimere l'asse gonadico. Può essere sospesa quando gradualmente le dosi degli ormoni, secondo lo schema di induzione della pubertà, crescono e gli effetti mascolinizzanti e femminilizzanti iniziano ad essere evidenti.

Negli adolescenti transgender maschi la terapia consiste in dosi crescenti di testosterone. Si raccomanda l'uso di iniezioni intramuscolo di esteri del testosterone con una dose iniziale di 25 mg/m² ogni 2 settimane i.m. e con progressivo incremento della dose di 25 mg/m² ogni 6 mesi fino alla dose di mantenimento

(per esempio per il testosterone enantato: 200 mg i.m. ogni 2 settimane o per le miscele di esteri: 250 mg i.m. ogni 3-4 settimane).

In caso in cui la transizione sia iniziata in una fase puberale tardiva, il testosterone può essere iniziato alla dose di 75 mg i.m. ogni 2 settimane con passaggio a dose di mantenimento dopo 6 mesi.

Si consiglia di proseguire la terapia con GnRHa almeno fino al raggiungimento della dose di mantenimento e preferibilmente fino al momento della gonadectomia.

L'obiettivo della terapia è quello di mantenere livelli sierici di testosterone nel range di normalità per il genere maschile (400-700 ng/dl).

Con tale trattamento si sviluppano con gradualità gli effetti virilizzanti: androgenizzazione cutanea del corpo e del viso, cessazione del flusso mestruale, abbassamento del tono della voce, sviluppo della massa muscolare, incremento delle dimensioni del clitoride (Hembree, *et al.*, 2017; T'Sojen, *et al.*, 2019).

Nelle transgender femmine la terapia di induzione della pubertà consiste in dosi crescenti di estrogeni naturali. Il dosaggio iniziale è di 5 mg/Kg/die, seguiti da incrementi di 5 mg/Kg ogni 6 mesi fino al raggiungimento della dose di mantenimento di 2 mg.

Se il trattamento con GnRHa è iniziato in pubertà più avanzata, dopo un periodo di soppressione di 3-6 mesi, si può iniziare la terapia con estrogeni direttamente con un dosaggio maggiore: 1 mg/die da incrementare a 2 mg dopo 6 mesi (Hembree, *et al.*, 2017; T'Sojen, *et al.*, 2019).

Le dosi devono essere progressivamente crescenti, per evitare che concentrazioni troppo elevate comportino una saldatura prematura delle epifisi e compromettano la statura definitiva in età adulta.

Il preparato di più largo uso per l'induzione della pubertà femminile negli altri Paesi europei è il 17-beta-estradiolo per os, per il quale, in Italia, è necessario ricorrere a preparazione galenica; un'alternativa valida è rappresentata dalle formulazioni transdermiche o dall'estradiolo emidrato per os, sempre in preparazione galenica.

L'obiettivo della terapia è quello di mantenere livelli sierici di estradiolo nel range di normalità per il genere femminile (100-200 pg/ml).

Con tale trattamento si sviluppano con gradualità gli effetti femminilizzanti: crescita dello sviluppo mammario, modifica della distribuzione del grasso corporeo con aumento della circonferenza fianchi e riduzione del girovita (Hembree, *et al.*, 2017; T'Sojen, *et al.*, 2019).

Conclusioni

La soppressione della pubertà può essere considerata uno strumento prezioso nella gestione della DG in adolescenza, efficace e con un profilo di sicurezza accettabile, che può contribuire al raggiungimento di una condizione di benessere soggettivo nel passaggio all'età adulta.

Tuttavia, tale opzione è da considerare sempre associata al supporto psicologico, in casi accuratamente selezionati e discussi all'interno di equipe di esperti in materia.

Pertanto è opportuno che la presa in carico dell'adolescente transgender non sia individuale ma avvenga in modo integrato e multidisciplinare allo scopo di raggiungere non solo il benessere fisico e la salute psicologica del soggetto con DG ma anche di intervenire efficacemente all'interno del suo contesto familiare e sociale. Dunque la creazione di un ambiente favorevole è fondamentale per accompagnare gli adolescenti transgender nell'esplorazione delle possibili future opzioni terapeutiche.

Bibliografia

- Brill S.A. & Pepper R. (2008). *The transgender child: a handbook for families and professionals*. Berkley, CA: Cleis Press
- Carel J.C., Eugster E.A., Rogol A., Ghizzoni L., Palmert M.R., ESPE-LWPES GnRH Analogs Consensus Conference Group ... Wit, J.M. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123, e752-762.
- Cohen-Kettenis P.T. (2001). Gender Identity Disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 391-391.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., ... Zucker K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
- de Vries A.L., Steensma T.D., Doreleijers T.A. & Cohen-Kettenis P.T. (2011a). Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276-2283.
- de Vries A.L., Kreukels B.P., Steensma T.D., Doreleijers T.A. & Cohen-Kettenis P.T. (2011b). Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research*, 186, 414-8.
- de Vries A.L., McGuire J.K., Steensma T.D., Wagenaar E., Doreleijers T.A.H., Cohen Kettenis P.T. (2014). Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment *Pediatrics*, 19, 696-704.
- Delemarre-van de Waal H.A. & Cohen-Kettenis P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and pediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155, S131-S137.
- Drummond K.D., Bradley S.J., Paterson-Badali M. & Zucker K.J. (2008). Follow up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 34-45.
- Fisher A.D., Ristori J., Bandini E., Giordano S., Mosconi M., Jannini E.A., ... Maggi M. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of Endocrinological investigation*, 37, 675-687.
- Gold M. & MacNish M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: themes and clinical implications. Washington DC: American Family Therapy Academy.

- Hembree W.C., Coehn-Kettenis P.T., Gooren L., Hannema S.E., Meyer W.J., Murad M.H... T'Sjoen. (2017). Endocrine treatment of gender -dysphoric/gender incongruent persons: an endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102, 3869-3903
- Huttenlocher P.R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex developmental changes and effects of aging. *Brain Research*, 163, 195-205.
- Klink D., Dekker C. & Rotteveel J.(2015a). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology & Metabolism International Journal*, 2, 00008.
- Klink D., Caris M., Heijboer A., van Trotsenburg M. & Rotteveel J. (2015b). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 100, E270-275.
- Lev A.I. (2004). Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender -variant people and their families. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Martinerie L., Condat A., Bargiacchi A., Bremont-Weill C., de Vries M.C. & Hannema S.E. (2018). Management of Endocrine Disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *European Journal of Endocrinology* 12, 179(5):R219-R237.
- Nuttbrock L., Hwahng S., Bockting W., Rosenblum A., Mason M., Macri M., ... Becker J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, 47, 12-23.
- Schagen S.E., Cohen-Kettenis P.T., Delemarre-van de Waal H.A., Hannema S.E. (2016). *Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. The Journal of Sexual Medicine* 13, 1125-1132.
- Staphorsius A.S, Kreukels B.P., Cohen-Kettenis P.T., Veltman D.J., Burke S.M., Schagen S.E. ... Bakker J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190-199.
- Tack L.J., Heyse R., Craen M., Dhondt K., Bossche H.V., Laridaen J, Cools M. (2017). Consecutive cyproterone acetate and estradiol treatment in late-pubertal transgender female adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 747-757.
- Tack L.J., Craen M., Dhondt K., Vanden Bossche H., Laridaen J., Cools M. (2016). Consecutive lynestrenol and cross-sex hormone treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: a retrospective analysis. *Biology of sex differences*, 7, 14.
- T'Sjoen G., Arcelus J., Gooren L., Klink D.T., Tangpricha V. (2019). Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocrine Reviews*, 40, 97-117.
- Vlot M.C., Klink D.T., den Heijer M., Blankenstein M.A., Rotteveel J. & Heijboer A.C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11-19.
- Wallien M.S. & Cohen-Kettenis P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1413-1423.
- Zucker K.J. & Bradley S.J. (1995). Gender Identity Disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press.

Disturbo dissociativo dell'identità e disforia di genere: un caso clinico

Davide Dèttore*, Massimo Lavaggi**

Sommario - Nell'articolo esponiamo un caso recente che mostra la compresenza di componenti sintomatologiche sia di un Disturbo dissociativo dell'identità sia di una Disforia di genere. Il paziente si presenta in valutazione psicologica lamentando un Disturbo dissociativo dell'identità, caratterizzato dall'alternarsi di diverse personalità alter, sia maschili che femminili, sviluppatasi dalla preadolescenza. Una di queste identità femminili risulta progressivamente sempre più stabile e unica, affermandosi come identità prevalente della persona, soprattutto dal punto di vista del genere sessuale. Dalla valutazione psicologica, dove sono effettuati colloqui e somministrati test specifici per indagare la dissociazione (DES-II, DDIS) emergono in realtà forti segni di Disforia di genere, per cui si decide per l'invio presso un Consultorio specialistico per la valutazione e l'assistenza alle persone transgender. In seguito, il percorso psicodiagnostico (psicologico e psichiatrico) accerta la presenza della Disforia di genere, autorizzando l'avvio degli interventi medici di affermazione di genere, ed escludendo la presenza del Disturbo dissociativo dell'identità, che appare come una modalità edulcorata e socialmente accettabile della persona per fare emergere la sua problematica legata all'identità di genere. La tendenza alla dissociazione, comunque presente nel soggetto, può essere considerata una caratteristica espressiva della Disforia di genere, più che una patologia a sé stante. Dall'esame della letteratura emerge come sia frequente l'incidenza di condizioni dissociative in persone con Disforia di genere, e che il percorso medico di riassegnazione di sesso può contribuire ad un'evoluzione positiva della sintomatologia dissociativa in questa popolazione.

Parole chiave: *Disturbo Dissociativo d'Identità, Disforia di Genere, Dissociazione, Caso clinico.*

Abstract - Dissociative identity disorder and gender dysphoria: a clinical case

In the paper we describe a recent case that shows the co-presence of symptomatic components of both a dissociative identity disorder and a gender dysphoria. The patient presents himself in psychological evaluation complaining of a dissociative identity disorder, characterized by the alternation of different personalities, both male and female, developed from preadolescence. One of these female identities is progressively more and more stable and unique, establishing itself as the prevailing identity of the person, especially from the point of view of the gender. The psychological evaluation, where interviews are conducted and specific tests are conducted to investigate the dissociation (DES-II, DDIS), actually underlines strong signs of gender dysphoria, the patient is referred to a specialist counseling center for assessment and assistance to transgender people. Subsequently, the psychodiagnostic path (psychological and psychiatric) ascertains the presence of gender dysphoria, authorizing the initiation of gender affirming surgery, and excluding the presence of dissociative identity disorder, which appears as a soft and socially acceptable modality to let others (and the patient) gradually know and recognize the gender identity problem. The tendency to dissociation, however present in the patient, can be considered an expressive characteristic of gender dysphoria, rather than a pathology in itself. An examination of the literature shows that the incidence of dissociative conditions in people with gender dysphoria is somehow frequent, and that the medical reassignment pathway can contribute to a positive evolution of the dissociative symptomatology in this population.

Key words: Dissociative Identity Disorder, Gender Dysphoria, Dissociation, Clinical Case.

* Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze.

** Consultorio Transgenere, Torre del Lago Puccini (LU).

Introduzione

Il *disturbo dissociativo dell'identità* (DSM-5, APA 2013) si caratterizza per la presenza di due o più identità o stati di personalità distinti, con modalità differenti di pensiero, relazione e funzionamento. Almeno due di queste identità o stati di personalità assumono in modo ricorrente il controllo del comportamento della persona e non sono coscienti l'una dell'altra.

Il disturbo dissociativo dell'identità è grave e cronico e può condurre a disabilità e invalidità. È spesso in comorbilità con disturbi depressivi e disturbo di personalità borderline. Sono frequenti i tentativi di suicidio.

Questo disturbo può essere identificato da alcuni sintomi:

- alterazioni improvvise o discontinuità nel senso di sé e del senso di agency che possono influenzare qualsiasi aspetto del funzionamento di un individuo. Gli individui possono comunicare la sensazione di essere improvvisamente diventati osservatori di loro stessi, o la percezione di voci. Possono emergere improvvisamente forti emozioni, impulsi, e anche discorsi o altre azioni, senza un senso di personale controllo (senso di agency). Queste emozioni e impulsi sono spesso segnalati come egodistonici e sconcertanti;
- amnesie dissociative ricorrenti che si manifestano come:
 - lacune nella memoria remota di eventi di vita personale;
 - vuoti di memoria significativi rispetto al presente, o di abilità lavorative e pratiche;
 - scoperta di prove delle loro azioni e dei compiti che non ricordano di aver fatto giorni prima;
 - sono frequenti fughe dissociative: i pazienti possono improvvisamente ritrovarsi in un luogo senza ricordarsi di come ci sono arrivati.

I pazienti possono presentare manifestazioni sintomatologiche come depressione, ansia, fobie, attacchi di panico, sintomi fisici, disfunzioni sessuali, disturbi del comportamento alimentare e PTSD. Sono frequenti ideazione e tentativi suicidari, autolesionismo, uso di sostanze psicoattive.

Gli individui con disturbo dissociativo dell'identità possono anche segnalare allucinazioni visive, tattili, olfattive, gustative, e somatiche, che di solito sono legate a fattori post-traumatici e dissociativi. Avvertono questi sintomi come causati da un'identità alternativa.

L'alternarsi continuo tra una o più personalità può condurre ad uno stile di vita caotico, non facile da differenziare rispetto a quello che caratterizza il disturbo borderline di personalità.

Il disturbo dissociativo dell'identità è quasi universalmente associato a una storia antecedente di trauma significativo, il più delle volte verificatosi durante la prima infanzia.

Molti esperti propongono un modello evolutivo e ipotizzano che lo sviluppo delle identità sia il risultato dell'incapacità di molti bambini traumatizzati a svi-

luppere un senso unitario di sé, in particolare quando la prima esposizione traumatica avviene prima dei cinque anni. Tali difficoltà avvengono spesso nel contesto della relazione o attaccamento disorganizzato che può anticipare e impostare lo sviluppo di strategie di *coping* dissociative.

La *Disforia di genere* è catalogata nel DSM-5 (APA, 2013; Dèttore, Ristori & Antonelli, 2015) in una categoria a sé stante, ove il disturbo stesso è la sofferenza provata dagli individui il cui genere assegnato alla nascita non coincide col genere percepito.

Secondo il DSM-5, i criteri diagnostici per identificare la disforia di genere sono i seguenti, e devono esserne presenti almeno due di questi per almeno 6 mesi:

1. Marcata incongruenza tra genere esperito e caratteristiche sessuali primarie/secondarie.
2. Forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa della marcata incongruenza col genere esperito.
3. Forte desiderio di avere le caratteristiche sessuali del genere opposto.
4. Forte desiderio di appartenere al genere opposto.
5. Forte desiderio di essere trattato come un membro del genere opposto.
6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici del genere opposto.

La condizione dev'essere associata inoltre a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

In letteratura si trovano alcuni studi che documentano la compresenza di Disforia di genere e Disturbo dissociativo dell'identità.

Akhtar (1984) descrive la sindrome della diffusione di identità su sei dimensioni cliniche, che includono:

1. Tratti di carattere contraddittori;
2. Discontinuità temporale;
3. Mancanza di autenticità;
4. Sentimenti di vuoto;
5. Disforia di genere;
6. Eccessivo relativismo morale ed etnico.

Schwartz (1986) descrive il caso di una paziente con Disturbo da personalità multiple che si presenta in terapia all'età di 32 anni, dopo essersi sottoposto a una riassegnazione chirurgica di sesso da maschio a femmina all'età di 24 anni. Il paziente (il più vecchio di quattro fratelli) presenta molti traumi da abuso sessuale perpetrati sia dalla madre che dal padre a partire dai tre anni di età. La madre aveva sempre voluto una figlia femmina, per cui il paziente riporta, oltre a sentimenti di appartenenza al genere femminile che si manifestavano in scelta di compagnie e luoghi dedicate alle bambine, un sentimento di odio da parte della madre verso di lui per il fatto che avesse il pene. Quando il paziente comunica al padre questi

pensieri, il genitore si arrabbia molto e inizia a volergli dimostrare quanto sia fortunato e potente ad avere il pene: ciò avviene attraverso l'inizio di reiterati abusi sessuali anche da parte del padre. Il paziente afferma di aver cominciato a sviluppare personalità alter per fronteggiare la delusione, la rabbia e il dolore conseguente a queste esperienze. Cerca di essere "normale" ma all'età di sedici anni la sua ragazza rimane incinta, aumentando l'ira e il rancore del padre nei suoi confronti. Durante gli anni del college si sposa con una donna, con cui però il matrimonio finisce dopo due anni, finendo per tornare a vivere a casa. Altre personalità alter vengono create durante gli anni del college.

Durante il corso del trattamento psicoterapeutico (il paziente aveva già sperimentato terapie psicologiche e psichiatriche in precedenza) si registrano molte difficoltà legate alle difese messe in atto nei confronti della madre e del padre, e al problema in passato di prendere la giusta decisione rispetto alla riassegnazione di sesso. Le diverse personalità alter create negli anni sono sia maschili che femminili (fatto abbastanza comune in questo tipo di disturbi), e a un certo punto sembra che si sia instaurata una sorta di alleanza tra i vari alter femminili che hanno deciso per la riassegnazione di sesso, mentre quelli maschili, in numero minore e più deboli, non erano abbastanza forti per opporsi. I vari alter sembra siano stati creati dal paziente inizialmente come "amici" per fronteggiare il dolore fisico ed emotivo, in una situazione che però poi si è progressivamente complicata. La soluzione transessuale è stata alla fine accettata da tutti gli alter, anche se in questo caso è difficile dire se sia primaria la Disforia di genere o il Disturbo dissociativo dell'identità. Lo sviluppo delle due condizioni appare da subito molto interconnesso nella storia del paziente. In origine le pressioni della madre affinché il figlio sia trattato da ragazza sono molto forti, così come le esperienze di abuso presenti fino dall'infanzia. Il paziente sembra aver sviluppato un disturbo dell'identità di genere nell'infanzia, che progredisce in un adattamento a una soluzione transessuale poi fissato in età adulta. La riassegnazione di sesso, con la sua irreversibilità, complica poi la situazione e l'equilibrio delle varie personalità alter, sia maschili che femminili.

È importante che le persone siano in grado di esprimere un pieno consenso informato alla riconversione chirurgica di sesso (RCS), dato il suo carattere di irreversibilità. Questo richiede in caso di disturbi dissociativi dell'identità con una rilevante storia traumatica un trattamento terapeutico che renda le persone completamente consapevoli ed in grado di esprimere una scelta ponderata rispetto alla possibilità di una riassegnazione di sesso.

Saks (1998) descrive il caso di un paziente di 55 anni con una lunga storia di personalità multiple, che si è sottoposto ad una riassegnazione di sesso da femmina a maschio. Il paziente riporta gravi abusi sessuali ricevuti dal padre adottivo durante l'infanzia (vissuta da bambina femmina), e punizioni corporali (clisteri) subiti dalla madre adottiva. Un'insegnante con cui si sarebbe confidata viene licenziata, per cui sviluppa un forte senso di impotenza e mancanza di speranza rispetto al potere dei genitori adottivi. Dall'età di 6 anni riferisce l'inizio dello

sviluppo di identità dissociative, con tendenza a vivere al maschile. Aveva degli alter maschili che praticavano con successo attività come hockey su ghiaccio. All'età di 11 anni si ricongiunge alla madre biologica. All'epoca esistevano 7-8 alter, al momento della presa in carico sono 32 o 33. Due alter maschili in particolare sono dominanti rispetto agli altri. Il paziente vive con *cross-dressing* al maschile per 11 anni la maggior parte del tempo, nonostante ci siano anche identità femminili presenti. Si rivolge a una clinica in Florida per la riassegnazione di sesso, nascondendo ogni informazione sul suo disturbo dissociativo. Si sottopone alla chirurgia di riassegnazione (1975-1977), e dopo alcuni anni sposa una donna. In seguito si ammala di diabete e ha due crolli nervosi (1988-1989). Durante l'ultimo ricovero viene diagnosticato il disturbo dissociativo dell'identità. Come detto in precedenza, sono presenti numerose identità alter, sia maschili che femminili (anche se le due maschili risultano dominanti), di età diverse (anche bambini).

Risulta molto difficile identificare un disturbo dissociativo dell'identità in casi come questo, dove le personalità maschili alter risultano dominanti nella scelta di effettuare la riassegnazione chirurgica di sesso. Si ribadisce l'importanza per i professionisti di individuare eventuali disturbi dissociativi nella diagnosi differenziale per la Disforia di genere. Sarebbe importante in linea teorica un pieno consenso informato di tutte le identità alter rispetto a un'eventuale riassegnazione chirurgica di sesso.

Colizzi, Costa e Todarello (2014) valutano la sintomatologia dissociativa, la presenza di traumi infantili e il senso di inadeguatezza corporea in un campione di 118 persone con Disforia di genere. Questo importante studio vuole valutare differenti aspetti: (1) disturbi e sintomi dissociativi; (2) altre condizioni legate ai disturbi dissociativi, come traumi infantili (abusi e trascuratezza) e disturbi legati all'immagine corporea; (3) sintomatologia dissociativa in valutazioni di follow-up dopo l'inizio della terapia ormonale e la riassegnazione chirurgica di sesso. Si ipotizza inizialmente un elevato grado di sintomatologia dissociativa, condizioni legate ai disturbi dissociativi e traumi infantili in individui con Disforia di genere. In più, si suppone una maggiore incidenza di problematiche legate a disturbi dissociativi, traumi e disturbi dell'immagine corporea in pazienti con Disforia di genere che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo dissociativo. Ci si aspetta anche una significativa riduzione della sintomatologia dissociativa in pazienti con Disforia di genere dopo l'avvio della terapia ormonale così come dopo la riassegnazione chirurgica di sesso.

Lo studio longitudinale è condotto dalla U.O.C. di Psichiatria Universitaria – Day Hospital per i Disturbi dell'Identità di Genere – dell'Azienda Ospedaliera Consorziale “Policlinico” di Bari. Una serie consecutiva di 118 pazienti è stata valutata per la Disforia di genere dal 2008 al 2012. I soggetti sono stati seguiti per un periodo di circa 24 settimane ciascuno, e informati rispetto a modalità e obiettivi dello studio stesso. Tutti i soggetti hanno partecipato volontariamente alla ricerca e fornito il consenso informato. Dei 118 partecipanti, 82 sono transgender MtF (Male-to-Female) e 36 FtM (Female-to-Male). Tutti i soggetti dello studio

hanno iniziato la terapia ormonale durante il periodo di arruolamento, le MtF con assunzione di estradiolo in gel e ciproterone acetato, e gli FtM con testosterone intramuscolo. Durante il periodo dell'intero studio, solo 22 soggetti (il 19%) si sono sottoposti alla riassegnazione chirurgica di sesso. Il basso numero di pazienti operati è dovuto a vari motivi: il numero limitato di interventi possibili all'interno dell'Università di Bari, la mancata conclusione dell'iter di valutazione psicologica e psichiatrica, la non volontà di sottoporsi all'intervento di alcuni soggetti, l'attesa per la sentenza di autorizzazione, la presenza di controindicazioni mediche alla riassegnazione di sesso per motivi di salute.

Gli strumenti di assessment clinico utilizzati sono stati i seguenti:

1. Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), intervista strutturata di 132 item che indaga disturbi e sintomi dissociativi;
2. Body Uneasiness Test (BUT), questionario autosomministrato di 34 più 37 item (parti A e B) che indaga il distress legato all'immagine corporea;
3. Dissociative Experiences Scale (DES), questionario self-report di 28 item che misura la tendenza alla dissociazione psicologica (Bernstein e Putnam, 1986). Tale questionario ha tre sottoscale: amnesia dissociativa, depersonalizzazione/derealizzazione e assorbimento/coinvolgimento immaginativo.

Le conclusioni dello studio mostrano che non ci sono differenze significative nei risultati rispetto alle variabili sociodemografiche dei soggetti (età, scolarizzazione, stato relazionale, regime di vita, occupazione, orientamento sessuale). L'incidenza lifetime dei disturbi dissociativi tra i pazienti con Disforia di genere è del 29.6% (n=22). Il Disturbo dissociativo non altrimenti specificato (DDNOS) è il tipo prevalente di disturbo dissociativo che si ritrova, mentre il Disturbo dissociativo dell'identità (DID), il più complesso tra i disturbi dissociativi, appare relativamente raro (n=1, 0.8%). Non ci sono differenze significative nella prevalenza dei disturbi dissociativi tra i pazienti MtF e FtM. Tra i 118 pazienti dello studio, il 45.8% (n=54) ha sofferto di un episodio depressivo maggiore nella vita, in base all'intervista DDIS. Il disturbo da somatizzazione è la condizione più comunemente legata ai disturbi dissociativi (17.8%). Il 21.2% dei pazienti riporta almeno un tentativo di suicidio. Una gran parte del gruppo dei pazienti con Disforia di genere (45.8%) riporta traumi infantili (abuso e trascuratezza). I pazienti con disturbi dissociativi mostrano punteggi più alti alle scale della DES rispetto ai pazienti con sola Disforia di genere. Sempre riguardo alla DES, è interessante notare come al follow-up del trattamento ormonale cross-sex i pazienti riportino depersonalizzazione/derealizzazione (9,66) e assorbimento/coinvolgimento immaginativo (12,46) significativamente al test t di Student (p=0,001) inferiori rispetto alla baseline (rispettivamente 19,05 e 16,63). Un pattern simile si ritrova nei pazienti trattati con riassegnazione chirurgica di sesso. Non si riscontrano differenze significative alla DES tra i pazienti con Disforia di genere non trattati con terapia ormonale e la popolazione generale, né tra le persone MtF e FtM.

Le conclusioni dello studio indicherebbero che soggetti con accresciuto distress psicosociale sarebbero più inclini a manifestare sintomatologia dissociativa nell'ambito della loro Disforia di genere. In più, ampliando i risultati di studi precedenti (Fisher, *et al.*, 2014), si riscontrerebbe che la comorbidità con disturbi dissociativi in pazienti con Disforia di genere sarebbe associata a più alti livelli di disagio corporeo. È sempre da valutare la questione se la dissociazione possa essere considerata espressione di una patologia a sé o caratteristica “genuina” della Disforia di genere.

Lo studio in ogni caso mette in evidenza la sofferenza delle persone con Disforia di genere non trattate con terapie mediche, e la probabile evoluzione positiva della sintomatologia dissociativa dopo l'avvio delle terapie ormonali e chirurgiche per la riassegnazione di sesso.

Storia del caso

Bruce¹ viene preso in carico da un Consultorio Transgenere nel 2017, inviato da uno degli autori (D.D.), con cui svolge precedentemente sei sedute di valutazione psicodiagnostica. È inviato a D.D. da una psicoterapeuta sul territorio a cui in un primo momento si rivolge insieme ai genitori per problematiche di “personalità multiple”.

Bruce ha venti anni e il genere assegnato alla nascita è maschile. La famiglia è composta dal paziente stesso (figlio unico), dalla madre (53 anni) e dal padre (58 anni). Il clima familiare è descritto come sereno, caratterizzato da una grande indipendenza dei membri della famiglia e pochi momenti passati insieme, dato che i genitori lavorano sempre molto. Gli stessi si mostrano disponibili e collaborativi all'indagine psicologica, anche se il padre mostra difficoltà e chiusura nell'affrontare le tematiche in esame, anche a causa di un carattere introverso, mentre la madre appare più aperta e libera da pregiudizi.

Bruce riferisce sviluppo nella norma, anamnesi psicologica familiare negativa.

Bruce frequenta le scuole dell'obbligo nella sua cittadina (materne, elementari e medie) e in un centro vicino (scuola superiore), conseguendo il diploma di maturità presso il Liceo Scientifico nel 2016. Il rendimento scolastico è sempre sufficiente, non si rilevano particolari difficoltà scolastiche.

Si iscrive poi alla facoltà di Ingegneria Informatica presso l'Università di Pisa che però abbandona prima della fine del primo anno di corso. Lavora per la stagione estiva come pizzaiolo fino all'estate del 2018, dopodiché decide non proseguire con quel tipo di lavoro a causa del disagio con il corpo e l'identità anatomica maschile, e inizia a collaborare con un cugino che si occupa di produzioni multimediali audio e video. Attualmente porta avanti questa attività professionale

¹ I nomi maschile e femminile del paziente e delle diverse personalità sono stati modificati per rispettare la privacy ma mantengono analogie con quelli originali, rispetto sia al genere sia alle caratteristiche puramente formali.

con crescente soddisfazione, frequentando anche corsi di formazione specialistici nel settore.

Bruce si rivolge a D.D. a causa di un forte disagio legato alla sua identità, che riferisce essere “esploso” durante l’estate del 2017.

Il 21 giugno di quell’anno Bruce dice di voler diventare donna: afferma che *“Bruce è stato buttato fuori dal cerchio [delle sue personalità multiple] e ore prelevate Gigliola e Giaggiolo”*. In quel momento Bruce ha grandi difficoltà con gli esami universitari (ha dato sei volte Analisi e Programmazione ma non è riuscito a passarlo) e sta lavorando come pizzaiolo. Ha una ragazza (Chiara) che è a conoscenza di tutto.

A proposito dello sviluppo delle sue personalità multiple, dice che sei anni prima (2011) inizia una relazione con una ragazza, e dopo sei mesi si immedesima in una personalità animalesca, una sorta di gatto, che si chiama Kaos. Dopo viene fuori Diva, uscita mentre scrive in una chat, che è una bambina, vegetariana, descritta come dispettosa ed irrequieta. Diva non ricorda molte cose che sa Bruce e viceversa. Successivamente Bruce frequenta un’altra ragazza per tre mesi, e in quel periodo lui sa che sono presenti Kaos e Diva, ma non si manifestano. Poi Bruce si mette con l’attuale ragazza, Chiara, e si presenta una nuova personalità: Jin. Questa è simile a Kaos, ma riesce a camminare in piedi e ha la prensione delle mani. Dopo nasce Gna, incapace di parlare, ma calma e ordinata. Queste ultime in genere non ricordano che cosa fanno le altre personalità.

Bruce a maggio 2017 conosce Massimo, un ragazzo FtM (Female-to-Male), nato nel sesso femminile ma che vive al maschile. Dormono insieme una volta ma senza che succeda nulla tra loro. Bruce ha sentimenti sia per Massimo che per Chiara. A giugno nascono due ulteriori personalità, Giaggiolo e Gigliola. La prima (Giaggiolo) è attratta da Chiara, la seconda (Gigliola) è attratta da Massimo, e Bruce è attratto da entrambi. Riferisce che Giaggiolo e Gigliola sono sempre più presenti, mentre Bruce lo è sempre meno. Giaggiolo è maschio mentre Gigliola è femmina. Lui come Giaggiolo ha dei ricordi di Bruce, che lentamente spariscono. Ha la consapevolezza delle altre personalità, ma non ricorda bene cosa fa in esse. Giaggiolo talvolta si presenta all’esterno come Bruce ma mente, per non dare scandalo. Le altre personalità precedenti, Kaos (maschio), Diva (femmina), Jin (maschio) e Gna (femmina) ci sono ma risultano poco attive: circa un giorno su sette per un paio d’ore, e quasi mai quando è da solo. Queste sono personalità umane ma infantili, Diva è l’unica che parla.

Gigliola continua a provare sentimenti per Massimo (FtM), sebbene sia una donna alla nascita, con il quale si è baciata. Massimo avrebbe voluto la presenza di Bruce e non di Gigliola.

Bruce come Gigliola ogni tanto si incantava diventando Giaggiolo. Nel rapporto con Chiara c’erano delle divergenze già con Bruce, e queste peggioravano con Giaggiolo, finché al momento presente Chiara sta insieme a lei come Gigliola. Attualmente [al momento della valutazione] la personalità di Gigliola è la più presente, anche per più di un’ora. Se va al lavoro come pizzaiolo torna ad essere Giag-

giolo, che recita meglio la parte maschile. Gigliola e Giaggiolo comunicano, le altre personalità no. Giaggiolo non è attratto da Chiara, e non è intenzionato ad avere rapporti amorosi, sentimentali o sessuali.

Bruce in passato era interessato anche agli uomini, anche se non ha mai avuto rapporti omosessuali. Spesso nei giochi online aveva avatar e personaggi femminili. Pensa che i rapporti omosessuali un po' "schifassero" Bruce, così come Giaggiolo.

Come Gigliola sarebbe stata interessata a baciare Massimo, ma al momento attuale "ha occhi solo per Chiara", quindi riconosce tecnicamente di avere un rapporto omosessuale. Vive pressoché stabilmente come Gigliola, che è intenzionata a iniziare una terapia ormonale femminilizzante ed è interessata alla riattribuzione chirurgica di sesso per diventare donna. Gigliola non pensa che Giaggiolo si integrerà con lei, ma rimarrà una personalità collaterale come Kaos, Diva, Jin e Gna, che sono più gestibili e possono essere messe da parte se volessero comparire in momenti inopportuni.

Durante i colloqui riferisce che Gigliola e Giaggiolo non si ricordino alcune cose che hanno fatto nell'altra personalità. Gigliola è molto più presente di Giaggiolo e quindi ricorda meglio. È accaduto che Gigliola si vestisse al femminile. Anche Bruce lo aveva fatto in passato, anche se più per divertimento che per motivi pratici. Bruce si truccava gli occhi, soprattutto in feste in cui c'era la possibilità di truccarsi (ad es. Halloween), e talvolta si dava lo smalto nero alle unghie (si vestiva in stile dark).

Giaggiolo è nettamente più maschile di Bruce. Questo si sarebbe dissociato nella sua parte maschile (Giaggiolo) e in quella femminile (Gigliola). Gigliola non vede la possibilità di avere rapporti sessuali con un uomo, al limite un rapporto sentimentale (sentirsi protetta). Si vede nel futuro come una donna lesbica, al massimo bisessuale. Bruce era eterosessuale, però aveva curiosità rispetto all'omosessualità. Aveva molti amici gay e bisex.

Bruce afferma di essersi diviso in Giaggiolo e Gigliola il 19 di giugno del 2017. Giaggiolo ha preso subito il carattere di Bruce, mentre Gigliola, inizialmente molto timida, era un ampliamento della parte riservata e femminile di Bruce. Inizialmente era Giaggiolo ad avere il controllo. Quando Massimo (FtM) disse che provava interesse per Bruce e non per lei si arrabbiò molto e si rattristò. In seguito, dato che Giaggiolo e Chiara non si amavano, Gigliola ha preso progressivamente il sopravvento, in modo crescente. Chiara è l'unica persona che le è stata vicino nei momenti di tristezza. Gigliola non vuole più stare insieme a Massimo perché sa che non la ama. Con Chiara hanno provato a fare sesso ma non ci riescono, perché "Gigliola ha qualcosa in più che dà fastidio a entrambi". Nell'ambito sessuale, Gigliola prova disagio nell'ejaculazione: è un misto tra piacere e disgusto. Preferisce essere toccata ma non sul pene.

Dal colloquio con la madre emerge come il periodo in cui Bruce inizia a provare interesse per l'identità di genere femminile è la terza media, in cui prova piacere a mettersi lo smalto rosso su due dita della mano con alcune compagne di

scuola. In prima superiore gioca sull'Ipod a un gioco di ruolo come ragazza: si fa chiamare Diva e inizia a presentarsi sulle chat come Diva e ragazza, inizialmente per farsi aiutare più facilmente, però poi gli piace e inizia a interessarsi e innamorarsi di qualche ragazzo. Ha contatti telefonici con alcuni di questi, e due o tre anni prima ha una relazione per scritto con un ragazzo presentandosi come Diva. La madre ipotizza che Bruce sfogasse la sua femminilità soprattutto in chat e giochi di ruolo online e quindi non la esprimesse più esplicitamente in famiglia.

Durante le sedute riferisce un umore oscillante, con delle cadute notevoli. Queste sono legate al fatto che si vede con un corpo maschile, che non vuole assolutamente. La ragazza, Chiara, l'ha truccata e vestita da donna, facendole anche delle fotografie, e questa sensazione le piace, facendola sentire veramente sé stessa.

Nell'ultimo periodo (settembre 2017) ha provato a portare la barca e comportarsi come Bruce, ma si rende conto di "fingere" di essere un maschio e questo gli crea disagio. Un suo amico si è rivolto a lui al femminile come Gigliola e questo le fa piacere e la colpisce, perché è uno dei primi a farlo. Mantiene la volontà e la motivazione di portare avanti un percorso di transizione di sesso attraverso terapia ormonale sostitutiva e riattribuzione chirurgica di sesso.

Per indagare la dissociazione sono somministrati i seguenti strumenti:

- *DES-II (Dissociative Experiences Scale di Bernstein e Putnam)*. Bruce ottiene un punteggio di 88, che risulta significativo per le esperienze dissociative (gli autori affermano che punteggi superiori a 30 sono indicativi di alti livelli di dissociazione, anche se ciò non significa che si tratti necessariamente di patologia). Nelle sottoscale ottiene un punteggio di 15 nel fattore Amnesia, di 32 nel fattore Depersonalizzazione/derealizzazione, di 41 nel fattore Assorbimento.
- *DDIS-II (Dissociative Disorders Interview Schedule, DSM-V Version)*. Non riporta lamentele somatiche, né abuso di sostanze. Non sono presenti diagnosi psichiatriche precedenti. Riporta un episodio depressivo maggiore, tre sintomi positivi di schizofrenia e sonnambulismo. Non si rilevano abusi infantili. Ottiene un punteggio di 16 nella sezione delle Caratteristiche associate con DID (il punteggio medio è 10,2 in 166 soggetti con DID). Nella sezione relativa al sovrannaturale ottiene un punteggio di 6 (il punteggio medio è 5,3 in 166 soggetti con DID), mentre in quella del disturbo borderline di personalità di 4 (inferiore al cut-off di 5 secondo i criteri del DSM-5, usati in questa sezione dell'Intervista). Non si rileva amnesia dissociativa, né fuga dissociativa, né depersonalizzazione/derealizzazione. Si riscontrano caratteristiche di DID, ma non sufficienti per una diagnosi conclamata (3 criteri soddisfatti su 4).

Si decide per l'invio presso un Consultorio Transgenere, centro ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) più vicino a casa sua.

Al momento della presa in carico presso il Consultorio, dove è seguito in valutazione psicodiagnostica da un altro degli autori, M.L. (psicologo psicoterapeuta).

ta) e da una psichiatra, Bruce si presenta con un nome femminile, con una espressione di genere (acconciatura e abiti) connotata più in senso femminile che maschile, parla di sé utilizzando il femminile e chiede esplicitamente di relazionarsi a lui come donna, con il nome di Gigliola.

Dichiara di avere raggiunto una completa consapevolezza della sua identità di genere femminile, e di voler intraprendere il percorso medico di affermazione di genere.

Nell'infanzia si definisce come un bambino "solitario", che aveva difficoltà a creare amicizie perché ritenuto dagli altri un tipo strano e anticonformista. Ha sempre avuto una grande passione per il ballo. Fin da piccolo ha praticato numerosi tipi di danza, allenandosi molto e svolgendo anche competizioni. L'ambiente del ballo è stato per molti anni un gruppo di riferimento per lui. Negli ultimi anni ha frequentato un gruppo di breakdance. Oltre al ballo ha praticato sport durante l'infanzia (nuoto, basket, ginnastica correttiva).

A scuola riferisce un calo del rendimento scolastico dalla terza superiore in poi, a suo dire conseguente all'aumento del disagio legato alla Disforia di Genere.

Ha sempre avuto una grande passione per i fumetti anime giapponesi, per l'informatica e per i giochi di ruolo. Negli ultimi anni ha lavorato come pizzaiolo durante le stagioni estive, impiego che però ha svolto con un disagio sempre crescente che è diventato intollerabile, sia per la fatica del lavoro che per il ruolo maschile che gli veniva fortemente attribuito in quel contesto. Dopo l'estate 2018 ha lasciato il lavoro in pizzeria, iniziando a collaborare con il cugino che si occupa di produzioni e montaggio video. Questa professione, che porta Gigliola a formarsi e frequentare corsi di aggiornamento, è fonte di grande soddisfazione e rappresenta una buona opportunità per il presente e per il futuro.

Ha da sempre preferito la compagnia di amiche femmine. Dice di avere sempre legato più facilmente con le ragazze piuttosto che con i ragazzi. Ha da sempre "giocato" con i ruoli di genere, incarnando personaggi femminili nei giochi di ruolo (anche online) che faceva. Gli risultava spontaneo e naturale parlare di sé al femminile. Durante l'infanzia e l'adolescenza ha sperimentato in modo saltuario il *crossdressing*, indossando abiti femminili e usando smalto e trucco. Ha portato i capelli lunghi fino alla prima media, poi ha dovuto tagliarli a causa del ballo, e questo per lui ha rappresentato un forte trauma. In seguito li ha lasciati ricrescere fino ad arrivare alla lunghezza attuale.

Riferisce fino dall'infanzia fantasie su un cambiamento spontaneo del corpo in quello di una femmina. A partire dall'adolescenza ha incrementato l'alternanza tra generi diversi: incarnava personaggi sia maschili che femminili nei giochi di ruolo, e anche nelle relazioni che ha avuto dice che "usava sia una parte maschile che una femminile". L'attrazione sessuale è stata rivolta prevalentemente verso le femmine, con cui ha avuto relazioni significative. Ha avuto anche una breve relazione con un ragazzo transgender FtM (Female-to-Male).

Attualmente è fidanzato con una ragazza con cui ha una relazione da cinque anni. Prima di lei ha avuto una relazione importante con la sua ex partner di ballo.

La ragazza attuale è a conoscenza del suo percorso di transizione e la supporta nello stesso, vivendo come una coppia di ragazze lesbiche.

Gigliola dopo l'adolescenza ha attraversato un periodo di confusione rispetto alla propria identità di genere che gli ha creato un disagio clinicamente significativo. Come spiegato in precedenza, "alternava" diverse personalità, sia maschili che femminili, per cercare un equilibrio sia a livello individuale che relazionale.

Da luglio 2017 vive stabilmente al femminile, sentendosi intimamente appartenente al genere e mostrando un'identità femminile univoca e strutturata. Dal punto di vista del suo equilibrio psicologico mostra una maggiore serenità e stabilità dell'umore da quando ha potuto esprimere pienamente la sua identità di genere femminile. Prima di allora ha attraversato momenti di forte disagio e deflessione dell'umore, culminati in atti di lieve autolesionismo e alcuni pensieri suicidari. Afferma di essere "lunatica" da sempre, di cambiare umore facilmente, caratteristica che riconosce come un limite ma che in qualche modo collega anche alla sua femminilità.

Dopo la valutazione di D.D. i familiari sono venuti a conoscenza della sua condizione transgender. La madre ha da subito mostrato apertura e disponibilità, mentre il padre (più schivo e introverso) ha avuto più difficoltà a capire e accettare. La situazione familiare è comunque progressivamente migliorata.

Dal punto di vista della preferenza sessuale riferisce da sempre attrazione prevalente per le femmine, anche se è sempre stato incuriosito da esperienze omosessuali con maschi, che però non ha mai sperimentato. Ha manifestato interesse sessuale per un ragazzo transgender FtM, che viveva al maschile. Ha avuto le prime esperienze masturbatorie per strofinio, arrivando all'orgasmo senza stimolazione manuale dei genitali maschili. Da sempre riferisce fantasie sessuali molto incentrate sulla partner femminile, caratterizzate dal forte desiderio di darle piacere e dalla curiosità rispetto alle sensazioni provate dalla donna, con invidia verso il corpo e la partner femmina. Manifesta da sempre disagio verso la sua eiaculazione. Ha avuto rapporti sessuali completi a partire dalla prima superiore; con la partner attuale ha sperimentato un disagio sempre più forte nell'aver rapporti penetrativi, arrivando a vivere una sessualità che non coinvolga il pene nel rapporto con la partner. Questo dato ha spinto Gigliola a una profonda riflessione circa l'opportunità di sottoporsi in futuro all'intervento chirurgico di affermazione di genere, per avere un corpo completamente femminile con una vagina.

Durante il periodo della valutazione Gigliola ha progressivamente femminilizzato il suo aspetto, adottando un vestiario esclusivamente femminile, depilandosi e truccandosi sempre di più. Ha iniziato ad avere esperienze di *real-life* al femminile, uscendo con la fidanzata entrambe vestite da ragazze. Questo è diventato ormai la normalità, gli amici si relazionano a lei al femminile e la considerano una ragazza.

Desidera fortemente cambiare le caratteristiche sessuali del corpo attraverso la terapia ormonale e un'eventuale riassegnazione chirurgica di sesso, che valuterà nel tempo. Sembra possedere aspettative adeguate e razionali, e una conoscenza

approfondita delle modalità delle terapie mediche irreversibili, ormonali e chirurgiche, necessarie per il cambiamento di sesso. Riconosce l'importanza del cambio anagrafico al femminile per avere anche a livello "ufficiale" un'identità congruente con quella psicologica. Nel futuro vorrebbe anche sottoporsi all'intervento per la modifica delle corde vocali con il laser, per avere una voce più femminile, dato che il timbro di voce attuale è percepito come molto maschile e quindi fonte di disagio.

Sono stati somministrati test psicologici durante il percorso valutativo:

- Il protocollo *MMPI-2*, somministrato in data 16.01.2018, per la valutazione della personalità e del disagio psicologico risulta valido. Non si rilevano elevazioni nell'area nevrotica. Si riscontra la lieve presenza di idee persecutorie e esperienze sensoriali bizzarre. Non vengono riportate condotte di abuso di sostanze, il tono dell'umore appare eutimico. Si rileva una lieve impulsività e tendenza all'aggressività.
- La batteria *CBA 2.0* (Cognitive Behavioral Assessment), somministrata in data 16.01.2018, mostra un protocollo valido. Lamenta una forte sintomatologia somatica su base psicologica. Il tono dell'umore appare deflesso sebbene non alla soglia clinica. L'ansia durante la compilazione è aumentata in modo significativo. Riporta difficoltà del sonno e ideazione suicidaria con atti di autolesionismo in adolescenza.
- Il protocollo *SCID-II* (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, somministrato tra febbraio e marzo 2018) composto da questionario e intervista strutturata, ha richiesto l'approfondimento dell'area relativa ai Disturbi: Ossessivo-Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Depressivo, Narcisistico e Borderline di personalità, senza che tuttavia si raggiungessero i criteri per la diagnosi di nessuno dei disturbi sopra citati. Si evince quindi l'assenza di patologia a livello di personalità. Mostra tratti di personalità narcisistica e alcuni elementi di personalità borderline (atti di autolesionismo e frequente alternanza di stati di umore).
- *L'Utrecht Gender Dysphoria Scale MtF* (compilato il 19.02.2018) riporta un punteggio di 60 che è significativo per la presenza della Disforia di Genere.
- Il *Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults MtF* (compilato il 19.02.2018) riporta un punteggio di 1.52 che è significativo per la presenza della Disforia di Genere.

La *valutazione psichiatrica* effettuata presso il Consultorio riporta "Disponibile e accessibile alla valutazione, con abbigliamento e postura femminili. Lucida, mnesica e orientata. Eloquio fluido e nessi associativi conservati. Riferisce anamnesi psichiatrica familiare negativa. Riporta un rapporto di insoddisfazione rispetto al corpo da sempre e da circa tre anni il manifestarsi progressivo di una sempre più intensa disforia di genere e di una sempre maggiore identificazione con il genere femminile. In anamnesi personale da evidenziare in adolescenza qualche episodio di autolesionismo (tagli superficiali) come modalità per gestire l'ango-

scia relativa a dinamiche relazionali. Temperamento tendente alla ciclotimia, con tratti narcisistici di personalità. Umore in asse e assenza di sintomi psicotici. Ottime risorse cognitive.”

Conclusioni

Dopo una lunga e approfondita valutazione diagnostica si è arrivati ad una diagnosi di Disforia di genere, con il conseguente avvio della terapia ormonale femminilizzante per la paziente. L’iniziale richiesta di presa in carico per la sintomatologia dissociativa appare come una modalità articolata per esprimere in realtà una disforia di genere presente fino dalla prima adolescenza, nonostante sia rilevabile una tendenza alla dissociazione nel soggetto. Il disagio legato all’identità di genere, l’abitudine del soggetto a vivere molto in un mondo “virtuale” (giochi online, chat, social network) e una naturale inclinazione a fantasia e creatività hanno portato il paziente a sviluppare diverse identità sia maschili che femminili, “giocando” sulla sua preferenza di ruolo per sperimentare identità femminile e relazioni.

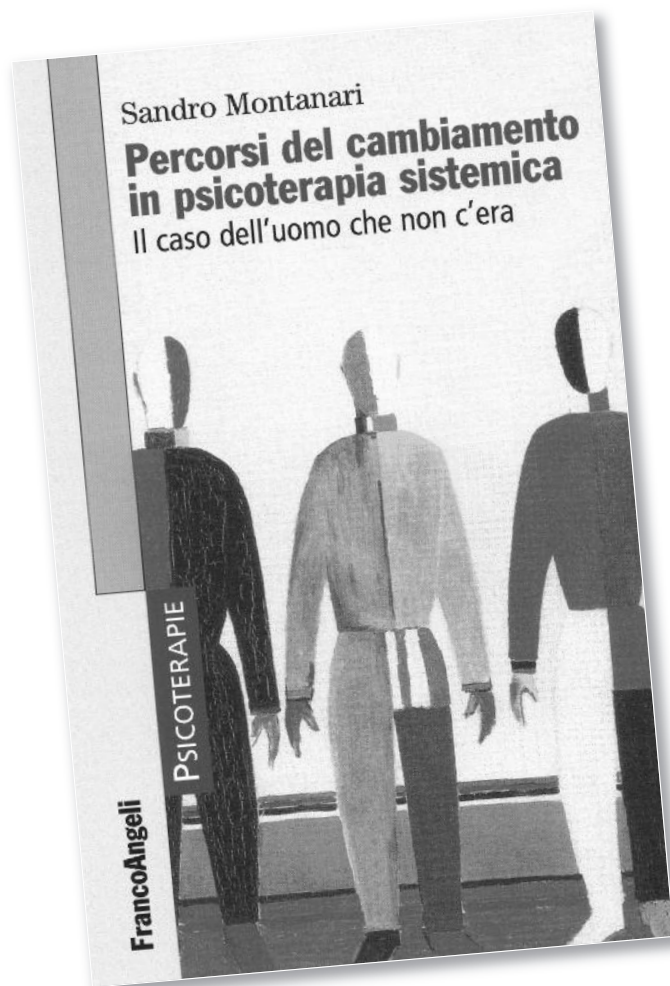
Le varie identità alter descritte dal soggetto e alternatesi nella sua storia sembrano in realtà non più presenti dal momento della comparsa dell’identità femminile, divenuta poi unica e stabile (Gigliola); non si escludevano comunque tra loro ed erano ognuna cosciente della presenza degli altri alter. Il soggetto nel periodo in cui si supponeva alternare diverse identità mostra in realtà un forte grado di controllo e di volontarietà nell’espressione delle stesse. Non si rilevano nella storia del soggetto né amnesie né fughe dissociative. Non sono presenti traumi infantili legati ad abuso e trascuratezza. Si esclude quindi la presenza di un Disturbo dissociativo dell’identità, anche se il soggetto mostra comunque una tendenza alla dissociazione.

Sono presenti elementi di personalità borderline, che comunque non arrivano alla soglia clinica del disturbo di personalità. Risultano pienamente soddisfatti invece i criteri diagnostici per la Disforia di Genere, di tipo MtF (Male-to-Female). Sarà interessante verificare nel tempo, come suggeriscono gli studi in letteratura, l’evoluzione della tendenza alla dissociazione con l’avvio delle terapie mediche per la riassegnazione di genere.

Questo caso mostra chiaramente come sia particolarmente importante in ambito clinico essere estremamente attenti alla fenomenologia con cui il quadro del paziente si mostra, al fine di analizzare con un atteggiamento falsificazionista l’insieme dei sintomi che vengono riferiti, cioè andando sistematicamente a individuare tutto ciò che contraddice una determinata diagnosi (anche apparentemente molto evidente, come in questa paziente), al fine di giungere a un corretto inquadramento. Questo diviene ancora più rilevante quando vi è la possibilità che la condizione manifestata dalla persona sia una Disforia o Incongruenza di Genere, che, se presente, coinvolge così dal profondo l’identità della persona stessa e può portare a interventi di natura medica, che possono avere conseguenze non reversibili.

Bibliografia

- Akhtar S. (1984). The syndrome of identity diffusion. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1381-1385. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.11.1381>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth edition). Washington, DC: American Psychiatric Press. Trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bernstein E.M. & Putnam F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 174(12) 727-735.
- Butcher J.N., Graham J.R., Ben-Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W.G. & Kaemmer B. (2011). MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2. Versione italiana: Pancheri P., Sirigatti S. (a cura di). Firenze: Giunti Psychometrics.
- Cohen-Kettenis P.T. & van Goozen S.H.M. (1997), Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271.
- Colizzi M., Costa R. & Todarello O., (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045i>
- Derogatis J.J., Johnson L.L., Meyer Bahlburg H.F., et al., (2007). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults. *Journal of Sex Research*, 44(4), 370-379.
- Dèttore D., Ristori J. & Antonelli P. (a cura di) (2015). *La Disforia di Genere in età evolutiva*. Roma: Alpes.
- Devor H. (1994). "Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data". *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6(3), 49-72.
- First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W. & Benjamin L.S. (2003). SCID-II - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Fisher A.D., Castellini G., Bandini E., Casale H., Fanni E., Benni L., Ferruccio N., Merigiola M.C., Gualerzi A., Jannini E., Oppo A., Ricca V., Maggi M., Rellini A.H., (2014). Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 709-719.
- Ross C.A. *The Dissociative Disorders Interview Schedule – DSM-5 Version*. Scaricata da www.rossinst.com/Downloads/DDIS-DSM-5.pdf
- Saks Bonnie M. (1998). Transgenderism and Dissociative Identity Disorder - A Case Study. *IJT* 2,2. <http://www.symposion.com/ijt/ijt0404.htm>
- Schwartz P.G. (1988). A case of concurrent multiple personality disorder and transsexualism. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(2), 48-51.
- Walling D.P., Goodwin J.M., Cole C.M. (1998). Dissociation in a Transsexual Population. *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 23. <http://doi.org/10.1080/01614576.1998.11074218>
- Zotti A.M., Bertolotti G., Michielin P., Sanavio E. & Vidotto G. (1985). CBA - Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - Scale primarie. Firenze: Giunti Psychometrics.



«Pubblico questo lavoro in una stagione della mia esistenza nella quale a volte i ricordi emergono dai fondali della memoria; ne Il caso dell'uomo che non c'era, sono silenziosamente affiorati alla coscienza e come antichi quadri hanno avuto bisogno di un delicato lavoro di restauro teso a recuperarne i colori e a connotarli di significati alla luce della mia esperienza di vita».

Sandro Montanari, *Percorsi del cambiamento in psicoterapia sistemica. Il caso dell'uomo che non c'era*. Franco Angeli, 2019, pp. 136, prezzo edizione a stampa: € 18,50 disponibile anche in E-book – www.francoangeli.it

Intersezionalità tra varianza di genere e neurodiversità in età evolutiva

Angela M. Calderera*

Sommario - Negli ultimi anni è aumentata progressivamente la quantità di ricerche sulla co-occorrenza della varianza di genere e dei tratti associati allo spettro autistico, che vengono sempre più spesso indicati con il termine "neurodiversità". Il presente contributo si propone di offrire una sintesi di quanto emerso sinora in letteratura scientifica sul tema, tenendo lo sguardo alle ricadute sul lavoro clinico. Dopo una parte introduttiva, saranno presentati i principali dati emersi dagli studi sulla co-occorrenza delle due condizioni, e le ipotesi che sono state sviluppate per comprendere la natura di tale associazione. Successivamente saranno delineate le prime indicazioni per il lavoro clinico emerse da studi quantitativi, qualitativi e da studi di casi. Infine saranno presentate le "Linee guida preliminari per la co-occorrenza dello spettro autistico e della disforia o incongruenza di genere nelle persone adolescenti" (Strang, *et al.*, 2018a), che sono il primo documento formale su questo tema. Il lavoro clinico in questo ambito richiede la presenza di una competenza specifica in entrambi gli ambiti, oppure la possibilità per il professionista specializzato in uno solo dei due di avvalersi della consulenza di un collega esperto dell'altro. Il coinvolgimento dei *caregiver* e dei familiari in tutto il processo diventa fondamentale sia nel consentire alla persona di esplorare la propria identità di genere, sia nell'attivare dei meccanismi che riducano il rischio di stigmatizzazione e vittimizzazione cui sono esposti, maggiormente rispetto ai pari, i bambini e gli adolescenti che presentano questa concomitanza di condizioni. Come si illustrerà nell'articolo, in ambito clinico e scientifico vi è molto dibattito intorno ai temi della transizione sociale precoce e della capacità di prestare il consenso informato ai trattamenti medici.

L'eterogeneità dei dati di letteratura e delle ipotesi sulla natura di questa associazione, la pluralità delle posizioni sulle modalità di presa in carico più funzionali di queste situazioni rispecchiano la complessità del tema e la necessità di proseguire il lavoro clinico e di ricerca.

Parole chiave: *disforia di genere, varianza di genere, infanzia, adolescenza, neurodiversità, spettro autistico.*

Abstract - Intersectionality between gender variance and neurodiversity across developmental age

In recent years there has been an increase of the amount of research on the co-occurrence of gender variance and autism spectrum traits - a condition which is always more frequently defined as "neurodiversity". This article aims at offering a synthesis of what literature outlined on this issue up until now, looking at the relevance of the findings to the clinical work. Following the introduction, I will present the main studies on the co-occurrence of the two conditions, and the hypotheses developed to understand the nature of such association. Afterwards, some preliminary indications for the clinical care will be drawn from the results of recent quantitative and qualitative research, and from case-studies as well. Finally the "Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents" (Strang, et al., 2018a), will be introduced, as it is the first official document on this issue. The care in this field requires either a clinician who is trained in both the specialties, or the cooperation of two clinicians, one from each specialty. The engagement of the caregivers and the family across all the process is very important in order to make it possible for the young person to feel safe and supported in exploring gender identity, and also in order to reduce the risk for stigmatization and victimization. This risk, in fact, compared to the other peers, is higher for children and adolescents who present with this co-occurrence. In the clinical and scientific community there is a debate on the issues of social transition and of the capacity to give an informed consent to begin medical treatments. Heterogeneity of the data from literature and of the hypotheses on the nature of such association, along with the multiple point of views on the approaches which most safeguard the wellbeing of these children and adolescents, reflect the complexity of this issue and the need to continue with clinical and research work.

Key words: *gender dysphoria, gender variance, childhood, adolescence, neurodiversity, autism spectrum.*

* *Psicologa, Dottore di Ricerca. Ambulatorio per lo sviluppo dell'identità di genere, SCUD NPI, Dipartimento Scienze Pediatriche e Specialistiche, Università di Torino, Presidio OIRM - Città della Salute e della Scienza di Torino.*

Introduzione

Come indicato nel DSM-5 stesso (APA, 2013), “Il disturbo dello spettro dell’autismo è maggiormente prevalente in bambini inviati all’attenzione clinica con disforia di genere che nella popolazione generale” (p. 537), e il dato è presente anche nella popolazione adolescente. Quanto descritto nel DSM-5 riguarda di fatto una condizione ricca di complessità, su cui negli ultimi anni vi è un costante lavoro di ricerca che continua a sollevare nuove domande e ad accendere dibattiti tra clinici, ricercatori, attivisti. Questo contributo si propone di offrire una sintesi di quanto emerso in letteratura scientifica, con uno sguardo ai principali contributi di ricerca pubblicati sinora e alle indicazioni che offrono in merito al lavoro clinico in questo ambito.

Nel pensare al titolo da dare a questo articolo ho scelto di fare riferimento all’editoriale di van Schalkwyk (2018), “*At the Intersection of Neurodiversity and Gender Diversity*”, a segnalare come lo sguardo clinico e scientifico a questo fenomeno sia orientato a comprendere non soltanto la natura di tale associazione, ma soprattutto le modalità in cui interagiscono le due dimensioni, e le sfide che propongono alle persone coinvolte e ai professionisti. Come indicato da van Schalkwyk (2018)

It is clear that gender is an important issue in understanding neurodiversity, and that individuals who are neurodiverse may place importance on gender. Further work is needed to understand how these individuals may be best supported, but enough is known to provide a clear impetus for a clinical approach rooted in the knowledge that neurodiverse youth may have complex gender narratives that warrant affirmation and support. (p. 39-73)¹

Prima di procedere è opportuno effettuare alcune precisazioni terminologiche: nel leggere i diversi contributi sul tema emerge infatti da subito come in ambito scientifico si faccia riferimento alla stessa condizione con termini molto diversi: il DSM-5 (APA, 2013) utilizza l’espressione “Disturbo dello Spettro dell’Autismo”; van Schalkwyk (2018) invece scrive “Neurodiversità”. Negli anni recenti la scelta terminologica è stato un tema molto dibattuto. Come Kenny e colleghi (2016) suggeriscono, il cambiamento nel linguaggio utilizzato per descrivere questa condizione riflette sia le modificazioni cui nel corso del tempo sono andati incontro i sistemi diagnostici (per una rassegna, si veda Adams e Matson, 2016), sia le differenze nelle convinzioni sociali e ideologiche delle persone sullo spettro autistico. Per questo motivo vi è stato uno spostamento dall’utilizzo dell’espressione *persone autistiche* all’utilizzo dell’espressione *persone con disturbo dello spettro*

¹ TdA: È chiaro come il genere sia una questione importante nella comprensione della neurodiversità, e che gli individui che sono neurodiversi possono attribuire particolare importanza al genere. È necessario dell’ulteriore lavoro per comprendere come questi individui possano essere supportati al meglio, ma si sa abbastanza per poter fornire una spinta forte verso un approccio clinico radicato nella consapevolezza che le persone giovani con neurodiversità possano portare delle narrative di genere complesse, che rendono necessari affermazione e supporto.

autistico (*Autism Spectrum Disorder, ASD*), in modo da mettere in primo piano la persona (*person-first language*) e non la condizione in cui si trova, evitando quindi di identificare la persona con la condizione stessa. Questa scelta mette l'accento sulla combinazione unica dei punti di forza, dei bisogni e delle esperienze di quella persona (Vivanti, 2019). Tuttavia, secondo alcuni attivisti, un approccio del genere impedisce alle persone con queste caratteristiche di poter avere riconosciuta quella condizione come parte integrante e della propria identità, e di poter quindi provare orgoglio (*pride*) per come si è. Collegato a questa visione è il concetto di *neurodiversità*, che sta ad indicare l'autismo come una naturale variante di tipo neurobiologico dell'essere umano – quindi una semplice forma di diversità. Questa espressione è nata nel contesto di un movimento di attivismo che si definisce proprio come “movimento per la neurodiversità”, che rifiuta un linguaggio che indica come medicalizzato e patologizzante, per cui in alternativa ai termini “disturbo”, “deficit”, e “compromissione/invalidità” (*impairment*) propone una descrizione dell'autismo come di un modo di essere. Kenny e colleghi (2016), avendo rilevato che in ogni modo non vi è consenso all'interno della comunità su questi aspetti, hanno condotto una ricerca in cui hanno chiesto ad un gruppo di persone direttamente coinvolte (persone con spettro autistico, *caregiver* di bambini e adulti con spettro autistico, professionisti che lavorano nell'ambito) di esprimere in che modo preferissero fosse descritto e definito l'autismo, e le ragioni per quella preferenza. I risultati dello studio hanno evidenziato una grande eterogeneità nella scelta dei termini, anche se l'espressione “*on the autism spectrum*” è stata quella su cui la maggior parte dei diversi partecipanti aveva mostrato preferenza² trasversalmente al gruppo di appartenenza. Inoltre i diversi sottogruppi di partecipanti avevano espresso concordemente preferenza per quei termini che portavano a considerare l'autismo come parte di una naturale diversità, più che come un deficit. Robinson (2019) ritiene importante mantenere spazio per entrambe le prospettive, considerato che le persone scelgono l'una o l'altra anche in funzione dell'esperienza che vivono, e che l'autismo è una condizione estremamente eterogenea. Ferma restando la necessità che clinici e ricercatori utilizzino un linguaggio che la *autism community* trovi chiara, rispettosa e comprensibile, l'autore sottolinea che bisogna riconoscere che il linguaggio è in continua evoluzione, come la società e la scienza. Vivanti (2019) esprime a sua volta una certa cautela rispetto ad una polarizzazione della scelta tra le diverse possibilità terminologiche, in quanto vedrebbe come prematuro un completo abbandono del *person-first language*, considerato che alla luce delle continue discriminazioni e violazioni che le persone con autismo subiscono pone la priorità sul riconoscimento dell'umanità e dell'individualità delle persone nello spettro.

² I risultati sono complessi ed eterogenei, per cui ciascuna sottocategoria di partecipanti aveva una diversa preferenza, ma l'espressione “*On the autism spectrum*” è stata scelta in larga percentuale dalle persone autistiche (45%), genitori (38%), altri familiari e amici (48%), e dai professionisti (60%). Per una disamina più approfondita dei risultati si rimanda all'articolo originale.

Alla luce di queste raccomandazioni, ho scelto quindi di utilizzare, in questo contributo, sia l'espressione *neurodiversità*, sia l'espressione *spettro autistico/tratti dello spettro autistico*. In alcuni casi, nel fare riferimento a studi che hanno utilizzato l'acronimo ASD (*Autism Spectrum Disorders*), utilizzerò lo stesso.

Letteratura scientifica sulla co-occorrenza

Come indicato da Turban e van Schalkwyk (2018), è possibile individuare due macro-raggruppamenti di studi che hanno esaminato l'associazione tra le due condizioni: quello delle ricerche che hanno indagato la prevalenza della varianza/disforia di genere tra le persone con ASD, e quello delle ricerche che hanno indagato la prevalenza della sintomatologia ASD nelle persone in carico alle cliniche specializzate per l'identità di genere. Inoltre, successivamente a questo loro articolo, sono stati pubblicati degli studi che hanno coinvolto anche gruppi di popolazione generale (Nabbijohn, *et al.*, 2019) e gruppi di controllo (Leef, *et al.*, 2019).

Turban e van Schalkwyk (2018) evidenziano che al di là dell'entità della sovrarappresentazione, vi è un gruppo di persone con neurodiversità e disforia di genere che necessita comunque di interventi di affermazione dell'identità di genere. I giovani con identificazione cross-gender inoltre potrebbero, sempre secondo Turban e van Schalkwyk (2018), riportare alti punteggi alle scale che misurano le difficoltà sociali come caratteristica dello spettro autistico, per via dell'alta incidenza del *minority stress*, della difficoltà nelle relazioni con pari, e del rifiuto da parte di molte famiglie di origine. Van der Miesen, Cohen-Kettenis e de Vries (2018), in accordo con Strang e colleghi (2018), tuttavia non concordano con questa posizione, in quanto i risultati di un altro loro studio indicano la presenza di difficoltà non solo nell'area delle relazioni sociali, ma anche in altri diversi domini dello spettro autistico (van der Miesen, de Vries, Steensma, Hartman, 2018). Strang e colleghi comunque concludono che è importante procedere nella ricerca in questo ambito, e mantenere un approccio più attento alle sfumature per evitare di generare delle ulteriori polarizzazioni nelle posizioni e nei punti di vista, che sarebbero controproducenti.

Già nel 1981 Abelson aveva indagato l'identità di genere in un gruppo di 30 bambini, dai 3 agli 11 anni, con diagnosi di autismo, mostrando che l'identità di genere era correlata con l'età cronologica ed altre variabili individuali tra cui le competenze cognitive, comunicative, e sociali. L'Autore ha sottolineato come lo sviluppo dell'identità di genere sia un importante processo evolutivo per i bambini con autismo, in quanto esso consente a questi bambini di vivere le relazioni sociali in modo più significativo ed appropriato.

Il lavoro più recente di review della letteratura sul tema è stato pubblicato da Nordahl-Hansen, Cicchetti, Øien (2019), che hanno presentato un aggiornamento di un precedente lavoro condotto dallo stesso gruppo di ricerca (Øien, Cicchetti & Nordahl-Hansen, 2018). A riprova del crescente interesse in ambito clinico e scientifico verso l'argomento, gli Autori mettono in luce come, nei sei mesi suc-

cessivi alla revisione pubblicata nel 2018, ai 47 studi in essa individuati, se ne siano aggiunti altri sei (Cooper, *et al.*, 2018; Kuvalanka, *et al.*, 2018; Nobili, *et al.*, 2018; Strang, *et al.*, 2018b; van der Miesen, Hurley, Bal, e de Vries 2018; Walsh, *et al.*, 2018), facendo salire il numero totale da 47 a 53, con un aumento del 13%. Gli autori comunque osservano che degli studi empirici da loro individuati, 22 sono stati pubblicati solo tra il 2015 e aprile 2018. Questi dati comunque riguardano studi condotti sia su popolazione in età evolutiva, sia adulta.

Strang e colleghi (2018) indicano che gli studi in cui sono stati specificati i tassi di diagnosi di ASD in campioni non selezionati di persone *gender-diverse* hanno dimostrato, in modo concorde tra loro, la maggiore occorrenza di diagnosi cliniche di ASD. Le diagnosi nei campioni presi in esame in questi studi erano da 4.1 a 17.5 volte più comuni rispetto alla popolazione generale, con un ampio *effect-size* (odds ratios 4.3-23.1, Cohen *d* = 0.81-1.73). I risultati della recente ricerca di Hisle-Gorman e colleghi (2019), condotta su un ampio numero di bambini con diagnosi di ASD (N = 48.762) messi a confronto con un gruppo di controllo (N = 292.572) confermano che, rispetto al gruppo di controllo, i bambini con diagnosi di ASD avevano quattro volte la probabilità di ricevere la diagnosi di disforia di genere.

■ Ipotesi esplicative

Sono state proposte diverse ipotesi (van Der Miesen, Hurley & De Vries, 2016; van der Miesen, de Vries, Steensma & Hartman, 2018) per tentare di comprendere la sovra-rappresentazione di sintomatologia ASD tra le persone con disforia di genere e viceversa. Gli autori stessi dei diversi studi ne hanno comunque riconosciuto alcune limitazioni dal punto di vista metodologico, in particolar modo rispetto all'eterogeneità degli strumenti di misurazione dei tratti autistici e della varianza di genere utilizzati: per esempio alcuni studi, per rilevare la sintomatologia dello spettro autistico, hanno utilizzato esclusivamente strumenti di diagnosi specifica ASD, che consentono di limitare gli errori di tipo I (falsi positivi), ma sono meno sensibili nel rilevare la sintomatologia sottosoglia o di tipo lieve, che invece dovrebbero essere presi in considerazione; viceversa, altri studi hanno utilizzato strumenti di screening e non di diagnosi, che possono consentire di rilevare il tipo di funzionamento lungo tutto lo spettro, ma rischiano di sovrastimare la dimensione del fenomeno.

- Una delle prime ipotesi su questa associazione è legata alla teoria del cervello estremo maschile (*extreme male brain*, EMB), suggerita da Baron-Cohen (2002), che aveva osservato, nelle persone con ASD, una polarizzazione dei pattern comportamentali e cognitivi verso l'estremo maschile (laddove nella popolazione generale aveva osservato una differenziazione di genere per alcuni pattern comportamentali e cognitivi, individuandone uno tipicamente maschile ed uno tipicamente femminile). Baron-Cohen suggerisce che tale "estremizzazione" possa essere legata ad alti livelli fetali di testosterone; la presenza

di alti livelli di testosterone a livello prenatale è stata anche associata alla presenza di disforia di genere soprattutto nelle persone con genere femminile assegnato alla nascita (e quindi identificate in direzione maschile); in effetti i risultati di uno studio condotto da Jones (2012) hanno evidenziato come persone con genere femminile assegnato alla nascita con disforia di genere (quindi con identificazione maschile) mostrassero maggiori livelli di tratti autistici rispetto a persone di genere maschile assegnato alla nascita con disforia di genere (quindi con identificazione femminile).

- È stato anche ipotizzato che tale fenomeno di co-occorrenza sia legato in particolar modo alla significativa focalizzazione per attività circoscritte indicata nel DSM-5 (APA, 2013) come criterio B per la diagnosi di ASD, che nel caso della disforia di genere potrebbe essere relativa agli interessi focalizzati su oggetti o attività *gender-related*. In relazione a questo, alcuni hanno dato una certa importanza agli aspetti dell'ossessività che potrebbe portare a sviluppare delle preoccupazioni forti e ripetitive sugli aspetti *gender-related* (VanderLaan, *et al.*, 2015); altri hanno proposto che la presenza di tratti dello spettro autistico potrebbe rendere più difficoltoso il raggiungimento della flessibilità in relazione all'identificazione e ai ruoli di genere che mediamente consente invece di superare la rigidità tipica dell'infanzia (de Vries, *et al.*, 2010).
- Alcuni autori (Jacobs, Rachlin, Erickson-Schroth & Janssen, 2014; Pasterski, Gilligan & Curtis, 2014) hanno fatto riferimento alle difficoltà nel funzionamento della Teoria della Mente che, oltre che caratterizzare la fenomenologia dello spettro autistico, sembra anche collegata allo sviluppo dell'identità di genere in relazione alla progressiva acquisizione della consapevolezza di sé.
- È stata anche formulata l'ipotesi che, negli adolescenti con disforia di genere, le difficoltà nelle relazioni sociali, più che ai tratti dello spettro autistico, siano legate agli alti livelli di bullismo cui sono esposti le persone *gender-diverse* (Skagerberg, Di Ceglie & Carmichael, 2015), allo stress sociale e alla condizione di privazione di cui soffrono queste persone, che spesso devono affrontare il rifiuto da parte dei pari e delle famiglie (Turban, 2018).

Alla luce di queste ipotesi sono stati condotti recentemente degli studi empirici volti a comprendere meglio la relazione tra varianza di genere e neurodiversità in età evolutiva (van der Miesen, Hurley, Bal & de Vries, 2018; van der Miesen, de Vries, Steensma & Hartman, 2018; Nabbijohn e colleghi, 2019; Leef e colleghi, 2019). I risultati dello studio di van der Miesen, de Vries, Steensma, e Hartman (2018), che hanno confrontato tre gruppi di bambini e adolescenti con Disforia di Genere, con ASD, e di popolazione generale, hanno mostrato che i punteggi medi dei partecipanti con Disforia di genere si collocavano a metà tra quelli del gruppo di popolazione generale e quelli con ASD. Inoltre i punteggi nei bambini e adolescenti con DG non riguardavano un solo dominio dello spettro autistico, ma diversi (comportamenti stereotipici e resistenza al cambiamento, ma anche difficoltà nelle interazioni sociali, nella modulazione delle emozioni, difficoltà nel mante-

nersi orientati e comprensione del linguaggio sociale). Peraltro sono state rilevate differenze in funzione del genere assegnato alla nascita in alcune ma non in tutte le aree caratteristiche dello spettro autistico, per cui gli autori osservano che le traiettorie di sviluppo della condizione di co-occorrenza di DG e ASD potrebbero essere diverse nei bambini e nelle bambine: questi dati non sarebbero quindi del tutto concordi con la teoria EMB, ed evidenzerebbero l'improbabilità di un ruolo esclusivo del testosterone prenatale.

Sempre van der Miesen, ma con i colleghi Hurley, Bal, e de Vries (2018), in un confronto tra un gruppo di persone adolescenti e adulte di popolazione generale e un gruppo con ASD, hanno osservato che il desiderio di essere del genere opposto era riportato in modo significativamente più frequente dai partecipanti che presentavano tratti dello spettro autistico (6.5% adolescenti e 11.4% adulti) rispetto ai partecipanti del gruppo di popolazione generale (3% - 5%), e anche in questo caso non è stata rilevata alcuna associazione significativa tra un dominio dello spettro autistico in particolare e il desiderio di appartenere al genere opposto, per cui anche questo studio depone a favore dell'esclusione di un ruolo di un unico dominio dello spettro autistico.

Nabbijohn e colleghi (2019) hanno condotto uno studio su un ampio gruppo (N= 2445) di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni, mettendo a confronto un sottogruppo clinico di bambini (che avevano ricevuto diagnosi psicopatologiche di diverso tipo) con un sottogruppo non clinico. Nel sottogruppo non clinico è stata rilevata un'associazione positiva tra la varianza di genere e le difficoltà in ambito sociale (in particolare rispetto alla capacità di mantenersi orientati rispetto al contesto in cui ci si trova e alle sue richieste), e, in parte, la tendenza ad avere risposte comportamentali stereotipate. Questi risultati non sono in linea con quelli degli studi di van der Miesen e colleghi illustrati sopra, che invece indicavano come fossero interessati molteplici domini dello spettro autistico, e non solo le due emerse qui (mantenersi orientati e stereotipie). Gli autori suggeriscono come possibile interpretazione di questa differenza il fatto che, nei bambini che sono in carico alle *gender clinics* (e quindi hanno una diagnosi di disforia di genere), la varianza di genere sia associata con lo spettro autistico in modo ampio (quindi coinvolgendo più domini), mentre nei bambini di popolazione generale la varianza di genere potrebbe essere collegata non a tutti domini dell'ASD, ma solo ad alcuni. Gli Autori comunque sottolineano che l'associazione osservata non deve essere considerata come il riflesso di una relazione causale, in quanto è possibile che esistano dei fattori sottostanti comuni che potrebbero contribuire al collegamento tra GD/GV e ASD.

Leef e colleghi (2019) hanno messo a confronto 61 bambini in carico per disforia di genere con 40 bambini in carico per altre situazioni che richiedevano attenzione clinica (range età 4-12 anni), confermando che nel gruppo di bambini con disforia di genere quelli che presentavano una diagnosi di ASD o superavano il cut-off dello strumento *Social Communication Questionnaire* erano presenti in una percentuale più alta rispetto a quanto avvenisse nell'altro gruppo. Tuttavia, se

per confrontare i due gruppi veniva utilizzata la *Social Responsiveness Scale* (un altro strumento standardizzato di screening), i due gruppi non presentavano differenze significative. Parte dei risultati quindi sostanzia l'ipotesi di una specificità, rispetto alla Disforia di Genere, per la presenza di tratti ASD in relazione alle competenze sociali; parte dei risultati invece indica una non specificità.

In conclusione quindi i diversi studi convergono sulla maggiore rappresentazione dei tratti dello spettro autistico tra bambini e adolescenti con varianza/disforia di genere rispetto agli altri bambini e adolescenti, ma presentano risultati eterogenei rispetto alle specifiche caratteristiche dei tratti associati allo spettro autistico, e alla natura di tale associazione. Tale eterogeneità e complessità sono state peraltro rilevate anche negli studi su popolazione adulta (Pasterski, Gilligan & Curtis, 2014; Nobili, *et al.*, 2018).

Indicazioni cliniche

Negli anni recenti, con il procedere delle ricerche, sono stati pubblicati alcuni contributi contenenti delle indicazioni sui diversi aspetti che interessano il lavoro clinico con le persone con varianza/disforia di genere e neurodiversità. Si è giunti così allo sviluppo di linee guida per la valutazione e la presa in carico degli adolescenti con queste caratteristiche, a partire dalle migliori pratiche cliniche secondo gli attuali esperti nell'ambito (Strang, *et al.*, 2018a). Nel procedere di questo contributo si rispetterà questo ordine, per cui prima saranno presentate le indicazioni provenienti dai diversi lavori sino alla pubblicazione delle Linee Guida, e successivamente, in un paragrafo dedicato, saranno illustrate le linee guida stesse.

■ *Assessment*

Già nel 2014 è stato pubblicato un contributo in cui sono stati indirizzati in modo esplicito e specifico gli aspetti sul lavoro clinico con le persone con disforia di genere e ASD (Jacobs, Rachlin, Erickson-Schroth & Janssen, 2014). Per quanto riguarda gli aspetti diagnostici, Jacobs e colleghi (2014) ricordano che le caratteristiche dello spettro autistico possono essere presenti in misura più o meno intensa: per esempio nei due casi presentati nel loro contributo, entrambe le persone mostravano in modo evidente gli aspetti inclusi dal DSM-5 (APA, 2013) nei criteri A (*Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti*), C (*I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo*) e D (*I sintomi causano compromissione clinicamente significativa nel funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti*); invece le caratteristiche indicate nel criterio B (*pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi presenti attualmente o nel passato*) erano presenti, ma in modo meno manifesto. Questo indica come sia necessario approcciarsi al processo diagnostico tenendo conto della complessità della fenomenologia dello spettro autistico e di come i diversi aspetti che lo caratterizzano possono declinarsi nell'individuo.

■ *Caratteristiche specifiche associate alla concomitanza di varianza/disforia di genere e neurodiversità*

Jacobs e colleghi (2014) sviluppano delle riflessioni sulla specificità questo tipo di lavoro proprio a partire da due casi di studio. Nonostante queste due situazioni riguardino una persona di 29 e una di 18 anni (per cui si avvicinano più all'età adulta che evolutiva) entrambe con ASD ad alto funzionamento, le indicazioni fornite offrono degli spunti importanti anche in relazione al lavoro con bambini e adolescenti. Gli Autori mettono in evidenza diversi aspetti specifici che è possibile incontrare in questo tipo di lavoro:

- intolleranza dell'ambiguità: è possibile che la rigidità di alcune modalità di pensiero renda difficile, per le persone con neurodiversità, tollerare l'ambiguità che può essere presente sia nei discorsi di vita quotidiana, sia in relazione l'identità di genere. Legati a questo aspetto vi sono un forte disagio nello sperimentare questioni che sono al di fuori di un chiaro binarismo di genere, per cui il fatto che la transizione implichi un complicato periodo di non-conformità di genere può generare grande preoccupazione e disagio rispetto all'impossibilità di categorizzare facilmente il proprio genere.
- l'idea di dover affrontare un percorso articolato in più passaggi può risultare difficile da tollerare in quanto vissuta come un ostacolo che separa il desiderio di arrivare alla transizione dalla realtà
- difficoltà ad elicitarne un discorso spontaneo, per cui può essere utile formulare delle domande non troppo aperte, più vicine ad una modalità di pensiero concreto, visto che può essere difficile per queste persone ingaggiarsi in conversazioni "botta e risposta"
- il disallineamento tra l'apparenza esterna (corpo, voce) e l'identità percepita può generare un'ansia difficile da tollerare, e quindi spesso è possibile affrontare gli argomenti relativi alla disforia di genere e al corpo solo dopo che l'ansia ha potuto essere verbalizzata
- Teoria della Mente: il fatto di aver raggiunto una consapevolezza interna della propria identità di genere può portare a dare per scontato che anche le altre persone abbiano raggiunto la stessa comprensione, per cui, può succedere che, pur avendo effettuato una transizione "interna", l'aspetto esteriore non cambi molto, ma la persona si potrebbe aspettare comunque che gli altri notino i cambiamenti, anche se interni. Lo spazio terapeutico può dunque divenire occasione per comprendere che perché gli altri si rendano conto del cambiamento interno e dell'identità percepita dalla persona è necessario informarli, in modo che possano interagire con lei nel modo in cui desidera.

Tishelman e colleghi (2015) osservano come, nelle famiglie degli adolescenti con neurodiversità, l'identificare la disforia di genere può portare i ragazzi e i genitori a pensare che una transizione di genere possa risolvere tutte le difficoltà presenti nella loro vita, e ritenere quindi il loro genere come l'unica ragione per cui loro sono diversi dai loro pari. Allo stesso modo, i genitori possono invece essere

portati a credere che la disforia di genere sia una manifestazione dello spettro autistico, e che la costante focalizzazione dell'attenzione dell'adolescente sul genere sia una preoccupazione transitoria che fa parte dei sintomi dello spettro autistico. Per via della modalità di pensiero rigida e concreta che caratterizza il funzionamento dello spettro autistico, può essere quindi difficile valutare il grado di varianza di genere.

■ *Essere genitori di bambini con DG e ASD*

Nel corso degli anni è stata dedicata attenzione anche alle dinamiche relazionali interne alla famiglia, in particolar modo rispetto ai vissuti dei genitori di questi bambini. Kuvalanka, Mahan, McGuire, e Hoffman (2018) hanno intervistato le madri di tre bambini con varianza di genere e neurodiversità. Dal loro studio è emerso come la possibilità di accogliere e sostenere la non conformità di genere dei propri figli fosse condizionata da due aspetti specifici: (1) la paura delle madri rispetto ad una società transfobica e cisnormativa, e (2) il chiedersi se i tratti dello spettro autistico influenzassero la varianza di genere dei figli. Inoltre sono stati individuati due nodi critici per le madri partecipanti: l'assenza della possibilità di individuare delle cause chiare che potessero spiegare le sofferenze sociali ed emotive dei figli, e la mancanza di risorse e supporti adeguati. La presenza dei tratti dello spettro autistico sembrava quindi aver reso più difficile la comprensione, da parte dei genitori, della non-conformità di genere dei figli. Le madri hanno anche indicato gli interventi positivi e le risorse: in particolare nell'atteggiamento di supporto da parte delle scuole anche nel proteggere i bambini da potenziali situazioni di vittimizzazione.

■ *Implicazioni per la presa in carico*

Già nel 2010 de Vries e colleghi indicavano l'utilità di prolungare la durata della valutazione, privilegiando un approccio individuale che prendesse in considerazione le modalità di pensiero rigido e concreto sui ruoli di genere e le difficoltà nel processo di definizione della propria identità. In ogni modo ribadivano che la neurodiversità non deve essere considerata criterio di esclusione per la transizione, anzi come sia importante offrire cure adeguate alle persone che presentano in modo concomitante disforia di genere e tratti dello spettro autistico.

Jacobs e colleghi (2014) sottolineano l'utilità di impostare i colloqui clinici tenendo conto degli stessi aspetti di cui si tiene conto nel lavorare con persone con neurodiversità in ambito più generale:

- per quanto riguarda l'intolleranza all'ambiguità è indicato l'utilizzo (anche da parte del terapeuta) di un lessico preciso e chiaro; considerando anche la difficoltà che può essere esperita a parlare del proprio mondo interno, il clinico, seguendo un approccio *client-centered*, potrà lavorare nel contesto delle modalità di funzionamento del paziente, aiutandolo a muoversi nel mondo; l'utilizzo di conversazioni libere da giudizi e pregiudizi può supportare una

maggior possibilità per i pazienti di apprezzare la complessità del genere, essere maggiormente soddisfatti e crescere

- per quanto riguarda la Teoria della Mente evitare quindi domande “troppo” aperte, privilegiando aspetti più concreti; poter avviare delle discussioni sulla consapevolezza sociale in generale e sulla comprensione dei pensieri e dei sentimenti degli altri.

Come riportano Tishelman e colleghi (2015), se un bambino con neurodiversità deve già affrontare delle sfide nel contesto sociale e relazionale, la varianza di genere lo metterà a confronto con un ulteriore insieme di circostanze sociali unico e complesso, per cui in alcuni casi può essere utile muoversi con attenzione lungo il processo di presa in carico, anche se, come ribadiscono gli Autori, il trattamento medico non deve essere tenuto in sospenso a tempo indeterminato, in quanto questi ragazzi fanno esperienza degli stessi limiti di tempo legati agli aspetti biologici vissuti da tutti gli individui in età puberale, per cui necessitano, nella misura in cui è possibile, di ricevere degli interventi secondo delle tempistiche ottimali.

van Schalkwyk, Klingensmith, e Volkmar (2015) propongono alcune raccomandazioni preliminari: l'importanza di prestare attenzione, nel lavoro clinico, al processo di sviluppo dell'identità di genere sin dai primi anni di vita, anche in quanto modalità per facilitare un ruolo del professionista come un alleato che aiuta la persona nell'esplorazione della propria narrativa di genere, piuttosto che essere un *gatekeeper* che decide l'accesso agli interventi medici. Di particolare importanza è anche di dedicare attenzione all'esplorazione della sessualità e all'educazione sessuale, che nelle persone con spettro autistico risulta particolarmente importante in quanto rispetto alle persone neurotipiche potrebbero seguire un *timing* diverso, per via della ridotta interazione sociale e quindi delle minori opportunità di sperimentare la propria identità sessuale. Più che concettualizzare questa co-occorrenza in termini di psicopatologia associata (comorbidità), potrebbe quindi essere utile un approccio che consenta di comprendere il genere in termini evolutivi. Questo approccio potrebbe infatti essere più saliente sia a scopo di ricerca, sia clinico.

Anche Clarke e Spiliadis (2019) sottolineano la necessità che alcuni di questi bambini e adolescenti potrebbero avere di un tempo più ampio di incontri vis-à-vis con il clinico per poter comunicare la propria esperienza.

Strang e colleghi (2018b) hanno condotto uno studio qualitativo mediante interviste in profondità a 22 adolescenti con neurodiversità e varianza di genere, e hanno rilevato cinque temi critici nelle narrative dei partecipanti:

- l'esperienza intensa della disforia di genere che porta con sé delle necessità urgenti (a questo si ricollega anche il bisogno di vivere secondo il genere esperito e l'importanza dei trattamenti medici);
- l'impatto della neurodiversità in sé e le specifiche sfide che risultano dall'interazione della diversità di genere e della neurodiversità
- l'esplorazione della propria identità di genere come processo che si snoda nel tempo (per esempio, ricordi della non conformità di genere in età prepuberale)

e l'acquisizione della consapevolezza che la propria espressione di genere non debba essere estrema o seguire gli stereotipi di genere

- i pregiudizi (il sentir messa in discussione la propria identità di genere a causa della diagnosi di ASD) e la vittimizzazione (la paura dell'espressione sociale del proprio genere a causa dell'ostilità percepita verso le persone transgender);
- la fiducia nel futuro, che possa essere abbastanza regolare/lineare, e che l'identità di genere resti stabile.

Delle 22 persone intervistate, due nel corso dello studio si sono spostate su un'identità cisgender: gli Autori hanno riportato come nel corso del tempo queste persone avevano compreso che si sentivano meglio in un'identità cisgender. I risultati indicano che la neurodiversità complessifica anche il processo di affermazione del proprio genere: diversi partecipanti hanno riportato difficoltà nella consapevolezza sociale, incluso l'aver problemi nel sapere come presentarsi in modo efficace secondo il proprio genere percepito. Gli Autori concludono quindi che sia utile mettere a punto nuovi approcci di supporto in cui vengano integrate le tecniche terapeutiche relative al genere con quelle allo spettro autistico. Tali approcci dovrebbero adattarsi alle complessità esperite dagli adolescenti con neurodiversità rispetto alle funzioni esecutive, alla consapevolezza di sé e sociale, e alla comunicazione, nel momento in cui stanno tentando di comprendere e/o affermare il proprio genere.

I clinici, come indicato da Kuvalanka, Mahan, McGuire, e Hoffman (2018), sono chiamati inoltre a sostenere i genitori nella comprensione dell'interazione tra sviluppo dell'identità di genere e neurodiversità e ad accettare i processi di sviluppo dei figli; a cooperare con il personale scolastico per individuare le migliori strategie di supporto ai bambini/ragazzi; a sostenere, sia attraverso i genitori, sia la scuola, delle positive interazioni sociali per questi bambini/ragazzi; fare in modo che i genitori stessi possano ricevere maggiore supporto sociale mediante l'inserimento in gruppi di sostegno o di mutuo-aiuto con altri genitori che si trovino in situazioni simili.

■ *Transizione sociale e capacità di prestare un assenso/consenso informato*

Recentemente De Graaf e Carmichael (2019) hanno sottolineato come la complessità sopra illustrata debba essere tenuta in conto anche rispetto alla transizione sociale³ che, se precoce, può sollevare delle questioni sia in merito al tema della segretezza, essendo collegata alla dimensione della comunicazione e della relazione con gli altri (che sappiamo essere un'area particolarmente sensibile nelle condizioni con spettro autistico); sia in relazione alle successive implicazioni sul consenso informato, nel caso in cui successivamente saranno considerati i trattamenti ormonali.

³ Al tema della transizione sociale in età prepuberale e in adolescenza è dedicato uno spazio in due contributi, presenti in questo fascicolo, dal titolo "Lavorare con le famiglie con bambini che presentano varianza o disforia di genere: un modello di presa in carico integrato", e "Varianza di genere e disforia di genere in adolescenza: dagli standard di cura alla complessità".

Jacobs e colleghi (2014) ricordano che gli *Standards of Care (SOC)* (Coleman, *et al.*, 2011) della *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* raccomandano che prima dell'accesso agli interventi medici (ormonali o chirurgici) sia verificata, oltre alla persistenza e continuità della disforia di genere e al raggiungimento dell'età prevista dalla legge del paese di appartenenza, la capacità da parte della persona di prendere una decisione pienamente consapevole e quindi di fornire un consenso informato al trattamento. Inoltre si raccomanda che eventuali aspetti critici a livello di salute fisica o mentale siano sotto controllo. A questo proposito Autori citano i due casi illustrati nel loro contributo, in quanto, anche in presenza di neurodiversità, tutti i criteri posti negli *Standard WPATH* erano rispettati e, sia in precedenza, sia durante la terapia ormonale, i clinici hanno potuto sostenere le persone a raggiungere una comprensione realistica di come quegli interventi avrebbero modificato il loro corpo, e dell'influenza che avrebbero avuto sulla percezione di sé, sulla propria identità e sulle relazioni sociali.

Lo spazio di lavoro clinico è quindi chiamato a diventare anche un luogo in cui la persona potrà attuare un processo di contatto con i diversi aspetti di sé legati all'identità di genere, di elaborazione dei propri desideri e delle aspettative: questo sia in relazione alla transizione sociale, sia in relazione alla possibilità di prestare un assenso/consenso informato in caso di un avvio della terapia ormonale, come ben specificano le Linee guida cui è dedicato il prossimo paragrafo.

Linee guida cliniche preliminari per la co-occorrenza dello spettro autistico e della disforia o incongruenza di genere nelle persone adolescenti

Sono state recentemente pubblicate le prime linee guida cliniche (Strang, *et al.*, 2018a), costruite secondo la procedura Delphi (Linstone e Turoff, 1975), che consente di giungere in modo rigoroso ad un consenso tra più esperti dell'ambito (in questo caso è stato coinvolto un panel di 22 professionisti) a partire dalla richiesta a loro di definire le modalità più appropriate per il lavoro clinico in quell'area. Gli autori premettono che vi sono stati dei punti su cui non è stato raggiunto un completo accordo, a indicare la complessità di alcune questioni, e che necessitano di essere discusse in futuro alla luce di nuove ricerche. Queste linee guida offrono una proposta di protocollo per l'*assessment* ed una *checklist* per la presa in carico/trattamento. Le indicazioni contenute nelle linee guida sono riassunte di seguito, mentre si riportano integralmente, in versione tradotta⁴, i due riquadri riassuntivi che gli autori hanno inserito nell'articolo.

⁴ Da "Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents" by Strang, *et al.*, 2018, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), pp. 109-110. Copyright 2018, di John F. Strang, Haley Meagher, Lauren Kenworthy, Annelou L. C. de Vries, Edgardo Menvielle, Scott Leibowitz, Aron Janssen, Peggy Cohen-Kettenis, Daniel E. Shumer, Laura Edwards-Leeper, Richard R. Pleak, Norman Spack, Dan H. Karasic, Herbert Schreier, Anouk Balleur, Amy Tishelman, Diane Ehrensaft, Leslie Rodnan, Emily S. Kuschner, Francie Mandel, Antonia Caretto, Hal C. Lewis, Laura G. Anthony. Tradotto e adattato con autorizzazione.

■ *Assessment*

Nel riquadro 1 sono riportate le indicazioni per la valutazione. La collaborazione tra professionisti con specializzazione su varianza/disforia di genere e spettro autistico è fondamentale. Gli Autori mettono in luce come in alcune situazioni la valutazione possa richiedere una tempistica prolungata per la complessità legata

Riquadro 1 - **Protocollo per la valutazione**

- Presa in carico/valutazioni d'emergenza: se l'adolescente si presenta in uno stato di emergenza, come accade per alcuni invii per la disforia di genere, la priorità è la riduzione del rischio e la messa in sicurezza. In casi estremi potrebbe essere necessario il ricovero per evitare condotte anticonservative, sebbene le unità psichiatriche/neuropsichiatriche infantili non sempre sono attrezzate per lavorare con adolescenti con disforia di genere con spettro autistico. Per questo potrebbe essere necessario ricorrere ad una consulenza esterna. Il coinvolgimento di un terapeuta con formazione sia sullo spettro autistico sia sulla disforia di genere (oppure un terapeuta con il supporto di una consulenza esperta) potrà giocare un ruolo fondamentale nell'aiutare il paziente a comprendere che riceverà assistenza e che la sofferenza legata alla disforia sarà presa in carico, e questo potrà a sua volta ridurre il rischio ed essere di supporto per ulteriori valutazioni.
- Assessment relativo allo spettro autistico: quando vi è l'ipotesi di una presenza di ASD, è importante che uno specialista dell'ambito confermi la diagnosi, se essa non è già stata effettuata. Quando possibile, una valutazione di tipo neuropsicologico dell'autismo dovrebbe essere condotta per valutare l'impatto dei tratti dello spettro autistico sull'abilità dell'adolescente di comprendere e riportare i sintomi della disforia di genere, così come di ingaggiarsi nella terapia/trattamenti. Le valutazioni dovrebbero includere una valutazione generale delle abilità cognitive e di quelle legate alle funzioni esecutive (controllo degli impulsi, flessibilità, pianificazione, capacità di pensare al futuro), delle abilità comunicative, del funzionamento emotivo, dell'consapevolezza di sé e della cognizione sociale, e capacità di self-advocacy. La conoscenza delle capacità della persona informerà il processo di valutazione della disforia di genere (ovvero sulle modalità più funzionali per acquisire e comprendere informazioni clinico/diagnostiche), così come nel processo decisionale sulle opzioni di trattamento clinico (ovvero la capacità di comprendere i trattamenti, la compliance con quei trattamenti, il considerare un range di possibilità di identificazione ed espressione di genere, piuttosto che una modalità di pensiero concreta e rigida-binaria).
- Assessment relativo all'identità di genere: quando in un adolescente con ASD sono riportate o ipotizzate delle sofferenze legate al genere, dovrebbe essere condotto un colloquio clinico strutturato per valutare la presenza di disforia di genere, inclusa la sua durata nell'arco del tempo, l'intensità e la pervasività della sofferenza. Quando possibile, è importante ottenere informazioni aggiuntive da altre fonti (per es. i genitori), in quanto la comunicazione, la consapevolezza di sé e le capacità di self-advocacy potrebbero essere vulnerabili in adolescenti con ASD. È difficile separare l'assessment dal trattamento di molte di queste persone, perché l'assessment continua attraverso e lungo tutto il processo di presa in carico in quanto la persona potrebbe sviluppare una migliore comprensione di sé ed una migliore abilità di esprimere i propri desideri e bisogni. Quindi, il processo diagnostico relativo al genere potrebbe richiedere più tempo. Per alcuni individui, tuttavia, la diagnosi di disforia di genere è chiara da subito, come per esempio quando la disforia è stata presente per un periodo di tempo esteso, o la persona si presenta già secondo il genere esperito, oppure ancora quando il livello di urgenza relativa alla transizione di genere sia estremo.

Tradotto e adattato da "Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents" by Strang et al., 2018, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), pp. 109-110. Copyright 2018, di John F. Strang, Haley Meagher, Lauren Kenworthy, Annelou L. C. de Vries, Edgardo Menvielle, Scott Leibowitz, Aron Janssen, Peggy Cohen-Kettenis, Daniel E. Shumer, Laura Edwards-Leeper, Richard R. Pleak, Norman Spack, Dan H. Karasic, Herbert Schreier, Anouk Balleur, Amy Tishelman, Diane Ehrensaft, Leslie Rodnan, Emily S. Kushner, Francie Mandel, Antonia Caretto, Hal C. Lewis, Laura G. Anthony.

all'interazione di molte variabili: è infatti necessario raggiungere una comprensione approfondita del profilo e delle capacità della persona al fine di poter adattare al meglio l'intervento al profilo e alle risorse dell'adolescente. Entrambi gli aspetti, i tratti dello spettro autistico e la varianza di genere, devono essere considerati e approfonditi, per evitare il rischio di considerarli uno derivante dall'altro e quindi attuare una presa in carico parziale e poco efficace. Per un aspetto un adolescente potrebbe sembrare in difficoltà nella dimensione sociale in relazione alla non conformità di genere (sia per gli aspetti di stigmatizzazione, sia per il vissuto di diversità che nasce quando non c'è la possibilità di sentirsi accolto e di sviluppare un senso di appartenenza). Dall'altra parte, le difficoltà a livello comunicativo e nella consapevolezza di sé possono rendere difficile per la persona con neurodiversità esprimere come si sente rispetto al proprio genere. Nei casi in cui la persona con spettro autistico abbia una presentazione di genere non binaria, questo potrebbe far sorgere nei familiari e nei professionisti dei dubbi rispetto alla disforia di genere, mentre in molti di questi casi i segnali di sofferenza rispetto al genere sono persistenti nel tempo, per cui gli Autori raccomandano che non si escluda per questi ragazzi una possibile diagnosi di disforia di genere e l'accesso ai conseguenti trattamenti medici, chiaramente ritagliati su misura ai bisogni individuali. Del resto, a volte alcuni sintomi dello spettro autistico come il pensiero rigido e concreto potrebbero portare i ragazzi a partire dal presupposto che i loro tratti *gender nonconforming* implicino una piena disforia di genere e richiedano una transizione completa, senza considerare delle possibilità intermedie (per es. *gender queer*), per cui anche in questi casi è importante offrire a queste persone uno spazio per esplorare la propria identità di genere andando al di là di una concettualizzazione di tipo binario.

■ *Trattamento*

L'*assessment*, come già scritto, potrà prolungarsi nel tempo e quindi continuare con il procedere della presa in carico, nel corso della quale la persona potrà accrescere la propria flessibilità di pensiero e le capacità comunicative, aspetti che saranno d'aiuto nel pensare al proprio genere e nel comunicare ciò che si sente rispetto ad esso. Per questo è importante che la presa in carico debba essere rivolta a entrambe le condizioni, sia la non varianza/disforia di genere, sia la neurodiversità. L'attività di psicoeducazione suggerita nella *checklist* nel riquadro 2 consentirà di considerare come la presentazione di genere possa essere diversa in associazione o non con una condizione di neurodiversità, e di rendere chiaro come si svilupperà il processo di presa in carico. Gli Autori suggeriscono di utilizzare il più possibile una comunicazione lineare e integrata da informazioni di tipo visuale, come appunto *checklist* o diagrammi di flusso, per diminuire il sovraccarico nella persona e migliorare la partecipazione alla presa in carico. Il coinvolgimento dei caregiver è un importante strumento di facilitazione sia dell'esplorazione dell'identità di genere da parte dell'adolescente, sia del poter mantenere una continuità e compliance al trattamento. L'esplorazione dell'identità di genere potrà aiu-

Riquadro 2 - Checklist per il trattamento presa in carico

- Formare un team appropriato, che idealmente includa un clinico con formazione sia sullo spettro autistico, sia sulla non-conformità/disforia di genere, o due clinici che collaborino, uno di ciascuna area di specializzazione.
- Rivolgere l'attenzione a e valutare l'intensità dei sentimenti legati all'identità di genere e alla loro urgenza lungo tutto il processo di presa in carico, poiché l'assessment spesso continua durante il trattamento, informando e dando forma agli obiettivi del trattamento. Domande-chiave dal punto di vista clinico:
 - a. La disforia di genere è chiara, urgente, pervasiva, e persistente nel tempo (ovvero, soddisfa completamente i criteri diagnostici per la disforia di genere)? Se sì, potrebbe essere indicata una consultazione con i servizi per la transizione medica (vedere sotto "Se la transizione medica è indicata")
 - b. La disforia di genere aumenta o diminuisce con il procedere dell'intervento (per es., con lo sviluppo di una migliore consapevolezza sociale e di sé, della flessibilità a livello delle funzioni esecutive e delle capacità di pensare tenendo una visione d'insieme, così come delle capacità di comunicazione e di self-advocacy)?
- Offrire delle sedute di psicoeducazione sulla possibilità di un range di diverse identificazioni ed espressioni di genere (per es. il gender spectrum, la possibilità di integrare aspetti di un genere diverso senza una transizione completa, ecc.). Questo potrebbe richiedere degli approcci specifici indirizzati alle difficoltà nella flessibilità cognitiva che sono collegate allo spettro autistico (ovvero ridurre il pensiero rigido, del tipo "tutto-o-nulla").
- Offrire una struttura, se necessario, per l'esplorazione di genere, supportando l'abilità dell'adolescente di esplorare la transizione di genere, incluso l'abbigliamento, i nomi, i pronomi, ecc. I genitori potrebbero essere chiamati ad assumere un ruolo centrale nel facilitare l'esplorazione, da parte dell'adolescente, del proprio genere, quando le vulnerabilità legate allo spettro autistico nella vita quotidiana, nelle capacità di pianificazione e di self-advocacy interferiscono con l'esplorazione. Tale supporto familiare potrebbe includere il ricordare alla persona gli obiettivi della terapia per l'esplorazione dell'identità di genere durante la settimana, aiutare la persona ad procurarsi un abbigliamento appropriato da provare a indossare, e così via).
- Nell'arco del trattamento, valutare i segnali che l'esperienza che l'adolescente fa della non-conformità o disforia di genere siano causati da sofferenze associate o da sintomi dello spettro autistico (per es. preoccupazioni tipiche dello spettro, fraintendimento e confusione fra l'orientamento sessuale e il genere, ecc.). Se diventa chiaro che il desiderio di transizione è causato da altre sofferenze associate o dai sintomi dello spettro autistico, esplorare soluzioni alternative alla transizione di genere.
- Se vi è indicazione per la transizione medica durante il processo, assicurarsi che un endocrinologo pediatra (o uno medico di simile specializzazione) con formazione sulla disforia di genere sia coinvolto nel trattamento per discutere i rischi e i benefici dei bloccanti ipotalamici e/o degli ormoni cross-sex. L'endocrinologo/medico specialista e gli altri professionisti coinvolti (per es., lo specialista sullo spettro autistico) dovrebbero collaborare al processo diagnostico e al trattamento. Se si avviano gli interventi medici, fornire delle sedute di psicoeducazione sugli effetti collaterali del trattamento, sui rischi e sui benefici, ed assicurarsi che questi aspetti siano stati compresi dall'adolescente con co-occorrenza di disforia di genere e spettro autistico.
- Considerare l'accessibilità e l'appropriatezza di servizi/supporti aggiuntivi per la disforia di genere e/o ASD. Offrire sostegno, coaching e momenti di valutazione della situazione in funzione del bisogno. Per esempio, un group leader LGBT potrebbe richiedere del coaching su come dare il benvenuto e coinvolgere una persona con ASD, e un provider di un gruppo di sviluppo delle abilità per persone con neurodiversità potrebbe richiedere supporto su come lavorare con un adolescente con non-conformità o disforia di genere.

Tradotto e adattato da "Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents" by Strang et al., 2018, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), pp. 109-110. Copyright 2018, di John F. Strang, Haley Meagher, Lauren Kenworthy, Annelou L. C. de Vries, Edgardo Menvielle, Scott Lebowitz, Aron Janssen, Peggy Cohen-Kettenis, Daniel E. Shumer, Laura Edwards-Leeper, Richard R. Pleak, Norman Spack, Dan H. Karasic, Herbert Schreier, Anouk Balleur, Amy Tishelman, Diane Ehrensaft, Leslie Rodnan, Emily S. Kushner, Francie Mandel, Antonia Caretto, Hal C. Lewis, Laura G. Anthony.

tare la persona a comprendere se possa sentirsi a proprio agio nell'identificarsi lungo in *gender spectrum*, al di fuori del binarismo di genere.

La prosecuzione della presa in carico clinica è importante anche nel momento in cui la persona intraprenda una transizione a qualche livello, per poter attraversare i diversi passaggi affrontando le complessità ad essi legate. In relazione a questo gli autori individuano delle specifiche aree in cui possono presentarsi nodi critici:

- sociale, in quanto l'espressione di genere nel proprio contesto sociale può essere vissuta da alcuni come una grande fonte di ansia, e da altri senza alcuna preoccupazione, come per una sorta di disconnessione dalle aspettative sociali; spesso il primo contatto sociale che hanno in questa dimensione è tramite *social media*, gruppi e blog con focus su temi *transgender*;
- trattamenti medici, per quanto riguarda in particolar modo la possibilità di comprendere appieno rischi e benefici delle terapie con bloccanti o ormoni cross-sex; si sottolinea che non è stato possibile raggiungere un consenso sui criteri specifici per l'avvio di questi interventi;
- sicurezza degli interventi medici, per cui considerata la difficoltà di alcune persone nel seguire regolarmente un protocollo medico, e le aspettative molto alte e a volte non realistiche rispetto ai risultati delle terapie che, possono essere seguite da un senso di delusione e perdita di speranza che a loro volta mettono a rischio la compliance;
- rischio di vittimizzazione (questi ragazzi sono a maggior rischio di subire bullismo e atti di violenza, come anche indicato anche da Georges e Stokes nel 2018, e possono essere meno consapevoli dei diversi livelli di sicurezza dei diversi contesti e situazioni di vita);
- transizione all'età adulta in vista del passaggio dalla scuola al lavoro, per cui queste persone potrebbero incontrare problemi nel "trasportare" propria presentazione di genere a scuola o al lavoro, dove può essere più complesso anche sviluppare una carriera anche per via dello stigma
- relazioni sentimentali, in quanto per una persona con neurodiversità può essere meno immediato comprendere le sfumature sociali, così come il fatto che le loro decisioni mediche potranno comunque avere un'influenza sulla vita di un potenziale partner; inoltre possono incontrare più difficoltà nel trovare un partner.

■ Considerazioni finali riportate nelle linee guida

Molti degli esperti hanno individuato in alcune caratteristiche di neurodiversità dei fattori protettivi: per esempio il minore interesse che questi adolescenti hanno verso le aspettative sociali potrebbe diminuire le preoccupazioni per le reazioni degli altri alla transizione; se alcuni hanno posto dei dubbi sull'aderenza al trattamento, altri hanno evidenziato che la tendenza a seguire in modo preciso delle routine potrebbe invece facilitare la compliance. L'oggetto di maggiore discussio-

ne è stato comunque il quesito relativo ai criteri specifici per l'avvio degli interventi medici, per cui alcuni degli esperti hanno sostenuto l'importanza che la persona adolescente inizi a sperimentare l'espressione di genere nella vita quotidiana prima dell'avvio delle terapie ormonali in modo da poter essere maggiormente coscienti di cosa comporti la transizione e quindi fornire un consenso più informato e consapevole; mentre altri hanno visto questa richiesta di provare già a vivere nel genere desiderato come una barriera all'accesso alle cure, in quanto per alcuni di questi ragazzi è molto difficile iniziare a vivere affermando il genere esperito senza aver intrapreso già le cure mediche. Questo aspetto quindi richiederà di continuare a lavorare per integrare i diversi punti di vista in merito all'approccio, anche mediante l'avvio di studi longitudinali. Infine gli Autori individuano un limite nelle linee guida in quanto si basano in una certa misura sulla comunicazione verbale, che non è appropriata per le persone con compromissioni significative a livello cognitivo e di linguaggio.

Conclusioni

Il presente contributo si proponeva di offrire una sintesi dello Stato dell'Arte sull'associazione tra varianza/disforia di genere e neurodiversità. I dati provenienti dalla ricerca scientifica sono molti, e mentre in alcuni casi convergono, in altri non sono univoci. Questa eterogeneità rispecchia una realtà complessa e multi-sfaccettata che richiede di essere avvicinata e trattata con attenzione e curiosità. Ehrensaft (2018) per esempio ci ricorda che, per comprendere una persona con neurodiversità, una persona neurotipica deve essere disposta ad abbandonare il *comfort* della propria posizione sociale, per poter vedere le cose dalla prospettiva della persona con neurodiversità.

Il lavoro clinico si deve trasformare quindi nell'opportunità di creare un discorso intorno al genere, di sostenere (in funzione della fase evolutiva in cui si trova) il bambino o l'adolescente ad aumentare la consapevolezza dei propri sentimenti relativi all'identità di genere, facilitando il racconto, allargando progressivamente la possibilità di contattare i diversi aspetti di sé. Resta di fondamentale importanza il coinvolgimento, ogni volta che è possibile, dei *caregiver* e dei familiari, che possono diventare un ambiente facilitante per il lavoro di esplorazione, definizione, trasformazione in cui la persona in età evolutiva è costantemente ingaggiata. Nella stessa direzione, la letteratura mette in evidenza anche l'importanza del coinvolgimento delle scuole.

Strang e colleghi (2018a) hanno indicato future linee di ricerca: dal valutare se gli strumenti attualmente in uso per la valutazione dell'identità di genere siano adatti anche ad essere utilizzati per la valutazione in persone con neurodiversità o se sia necessario creare degli adattamenti degli stessi strumenti; al mettere a punto dei materiali per il lavoro clinico che consentano di tradurre i concetti di tipo astratto sul genere in un linguaggio più concreto e di tipo visivo; inoltre, in considerazione delle condizioni che comportano maggiori difficoltà a livello cognitivo

e comunicativo, sarebbe necessario sviluppare dei metodi specifici per valutare insieme alla persona la possibilità di prestare il consenso informato ai trattamenti medici e quindi procedere.

In conclusione è necessario ricordare che le linee guida sono state sviluppate in un contesto diverso da quello italiano: per cui è importante tenere a mente che, seppure ci si può aspettare che in linea generale si possano adattare a quest'ultimo, potrebbero essere necessari degli aggiustamenti in funzione del sistema socio-culturale, sanitario, e politico in cui ci troviamo.

Bibliografia

- Abelson A.G. (1981). The development of gender identity in the autistic child. *Child: Care, Health and Development*, 7(6), 347-356. doi: 10.1111/j.1365-2214.1981.tb00851.x.
- Adams H.L. & Matson J.L. (2016). History and purpose of assessment and diagnosis of autism. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder*. (pp. 1-9). Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-27171-2_1
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baron-Cohen S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Science*, 6(6), 248-254. doi: 10.1016/S1364-6613(02)01904-6
- Clarke A.C. & Spiliadis A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 338-352. doi: 10.1177/1359104518825288
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., ... & Zucker K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873
- Cooper K., Smith L.G.E. & Russell A.J. (2018). Gender Identity in autism: Sex differences in social affiliation with gender groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi: 10.1007/s10803-018-3590-1.
- de Vries A.L.C., Noens I.L.J., Cohen-Kettenis P.T., van Bercke-laer-Onnes I.A. & Doreleijers T.A.H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. doi: 10.1007/s10803-010-0935-9
- de Graaf N.M. & Carmichael P. (2019). Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 353-364. doi: 10.1177/1359104518812924
- Ehrensaft D. (2018). Double Helix Rainbow Kids. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(12), 4079-4081. doi: 10.1007/s10803-018-3716-5
- George R. & Stokes M.A. (2018). A quantitative analysis of mental health among sexual and gender minority groups in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2052-2063. doi: 10.1007/s10803-018-3469-1
- Hendricks M.L. & Testa R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology - Research & Practice*, 43(5), 460-467. doi: 10.1037/a0029597

- Hisle-Gorman E., Landis C.A., Susi A., Schvey N.A., Gorman G.H., Nylund C.M. & Klein D.A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT Health*. doi: 10.1089/lgbt.2018.0252
- Jacobs L.A., Rachlin K., Erickson-Schroth L. & Janssen A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. *LGBT Health*, 1(4), 277-282. doi: 10.1089/lgbt.2013.0045
- Jones R.M., Wheelwright S., Farrell K., Martin E., Green R., Di Ceglie D., *et al.*, (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 301-306. doi: 10.1007/s10803-011-1227-8
- Kenny L., Hattersley C., Molins B., Buckley C., Povey C. & Pellicano E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, 20(4), 442-462. doi: 10.1177/1362361315588200
- Leef J.H., Brian J., VanderLaan D.P., Wood H., Scott K., Lai M.-C., ... Zucker K.J. (2019). Traits of autism spectrum disorder in school-aged children with gender dysphoria: A comparison to clinical controls. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. doi: 10.1037/cpp0000303.supp (Supplemental)
- Linstone H.A. & Turoff M. (1975). *The Delphi method: Techniques and applications*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Kuvalanka K.A., Mahan D.J., McGuire J.K. & Hoffman T.K. (2018). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167-1189. doi: 10.1080/00918369.2017.1406221
- Meyer I. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 647-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Nabbijohn A.N., van der Miesen A.I., Santarossa A., Peragine D., de Vries A.L., Popma A., ... & VanderLaan D.P. (2019). Gender variance and the autism spectrum: An examination of children ages 6-12 years. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(4), 1570-1585. doi: 10.1007/s10803-018-3843-z
- Nobili A., Glazebrook C., Bouman W.P., Glidden D., Baron-Cohen S., Allison C., ... Arcelus J. (2018). Autistic traits in treatment-seeking transgender adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 3984-3994. doi: 10.1007/s10803-018-3557-2
- Nordahl-Hansen A., Cicchetti D.V. & Øien R.A. (2019). A Review Update on Gender Dysphoria and ASD and Response to Corrections. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(4), 1745-1748. doi: 10.1007/s10803-018-3863-8
- Øien R.A., Cicchetti D.V. & Nordahl-Hansen A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-018-3686-7.
- Pasterski V., Gilligan L. & Curtis R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 387-393. doi: 10.1007/s10508-013-0154-5
- Robison J.E. (2019). Talking about autism-thoughts for researchers. *Autism Research*. doi: 10.1002/aur.2119
- Skagerberg E., Di Ceglie D. & Carmichael P. (2015). Brief report: Autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2628-2632. doi: 10.1007/s10803-015-2413-x
- Strang J.F., Janssen A., Tishelman A., Leibowitz S.F., Kenworthy L., McGuire J.K., ... Anthony L.G. (2018). Revisiting the Link: Evidence of the Rates of Autism in Studies of Gender Diverse Individuals. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(11), 885-887. doi: 10.1016/j.jaac.2018.04.023

- Strang J.F., Meagher H., Kenworthy L., de Vries A.L., Menvielle E., Leibowitz S., ... & Pleak R.R. (2018a). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. doi: 10.1080/15374416.2016.1228462
- Strang J.F., Powers M.D., Knauss M., Sibarium E., Leibowitz S.F., Kenworthy L., ... Anthony L.G. (2018b). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803018-3723-6.
- Tishelman A.C., Kaufman R., Edwards-Leeper L., Mandel F.H., Shumer D.E. & Spack N.P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37. doi: 10.1037/a0037490
- Turban J.L. (2018). Potentially Reversible Social Deficits Among Transgender Youth. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(12), 4007-4009. doi: 10.1007/s10803-018-3603-0
- Turban J.L. & van Schalkwyk G.I. (2018). "Gender dysphoria" and autism spectrum disorder: Is the link real? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(1), 8-9. doi: 10.1016/j.jaac.2017.08.017
- VanderLaan D. P., Postema L., Wood H., Singh D., Fantus S., Hyun J., ... Zucker K.J. (2015). Do children with gender dysphoria have intense/obsessional interests? *Journal of Sex Research*, 52(2), 213-219. doi: 10.1080/00224499.2013.860073
- van der Miesen A.I.R., Cohen-Kettenis P.T. & de Vries A.L.C. (2018). Is there a link between gender dysphoria and autism spectrum disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(11), 884-885. doi: 10.1016/j.jaac.2018.04.022
- van der Miesen A.I.R., de Vries A.L.C., Steensma T.D. & Hartman C.A. (2018). Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537-1548. doi: 10.1007/s10803-017-3417-5
- van Der Miesen A.I.R., Hurley H. & De Vries A.L.C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80. doi: 10.3109/09540261.2015.1111199
- van der Miesen A.I., Hurley H., Bal A.M. & de Vries A.L. (2018). Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2307-2317. doi: 10.1007/s10508-018-1218-3
- van Schalkwyk G. I. (2018). At the Intersection of Neurodiversity and Gender Diversity. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 48(12), 3973. doi: 10.1007/s10803-018-3735-2
- van Schalkwyk G.I., Klingensmith K. & Volkmar F.R. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(1), 81-83.
- Vivanti G. (2019). Ask the Editor: What is the Most Appropriate Way to Talk About Individuals with a Diagnosis of Autism?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-3. doi: 10.1007/s10803-019-04280-x
- Walsh R.J., Krabbendam L., Dewinter J. & Begeer S. (2018). Brief Report: Gender identity differences in autistic adults: Associations with perceptual and socio-cognitive profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3702-y>.

Fonti di sostegno economico, conflitti di interesse e ringraziamenti:

Il presente contributo è stato scritto nell'ambito di un programma di ricerca (presso l'Ambulatorio per lo sviluppo dell'identità di genere, SCUD NPI, Dipartimento Scienze Pediatriche e Specialistiche, Università di Torino) finanziato dalla Fondazione Carlo Molo Onlus. - Non esistono conflitti di interesse. Si ringrazia la dott.sa Silvia Bolamperti per il prezioso lavoro di rilettura e riflessione.

Autonomia e processo decisionale nel lavoro con bambini e adolescenti con disforia di genere

Domenico Di Ceglie*

Sommario - L'articolo descrive il concetto di autonomia e la sua relazione con il processo decisionale. Vengono poi esplorati alcuni fattori che influenzano lo sviluppo dell'autonomia. L'articolo si focalizza inoltre sull'esercizio dell'autonomia e sul processo decisionale in due aree attualmente controverse nella gestione della disforia di genere nei bambini e negli adolescenti: la prima riguarda il processo decisionale nell'uso dei 'bloccanti ipotalamici', che sopprimono alcuni aspetti dello sviluppo puberale, e la seconda l'espressione durante l'infanzia del ruolo di genere congruente con l'identità percepita. Viene poi descritto l'approccio multidisciplinare alla gestione per stadi o fasi della disforia di genere nei bambini e negli adolescenti. L'articolo conclude affermando che il valore dell'esplorazione terapeutica e del counselling in questa area può adesso essere visto in una nuova prospettiva: il loro ruolo nel promuovere un maggiore livello di autonomia e una migliore capacità di prendere decisioni basate sul consenso informato. Vignette cliniche sono usate per illustrare i temi discussi.

Parole chiave: *autonomia, processo decisionale, disforia di genere, transizione del ruolo di genere nell'infanzia, bloccanti ormonali.*

Abstract - Autonomy and Decision-Making in Children and Adolescents with Gender Dysphoria

The article describes the concept of autonomy and its relationship to decision-making. Some of the factors affecting the development of personal autonomy are explored. It then focusses on the exercise of autonomy and decision-making in two currently controversial areas of the management of gender dysphoria in young people: first, decision-making regarding the use of 'hormone blockers', which suppress some aspects of pubertal development, and second, the gender role expression of perceived gender identity during childhood. The multidisciplinary approach to the staged management of gender dysphoria in children and adolescents is described. The article concludes that the value of therapeutic explorations and counselling in this area can now be seen from a new perspective: their role in promoting a higher level of autonomy and better capacity in decision-making based on informed consent. Case vignettes are used to illustrate the points made.

Key words: *autonomy, decision-making, gender dysphoria, gender role transition in childhood, hormone blockers.*

Da secoli l'autonomia individuale è un tema importante nell'ambito psicosociale e nella medicina nei quali è considerata un principio etico essenziale. Il termine 'autonomia' deriva dalla combinazione di due parole greche che significano 'sé' e 'legge', e quindi darsi una legge o autoregolarsi. L'autonomia è la base del

* *Lifetime Honorary Consultant Child and Adolescent Psychiatrist. Founder and Former Director Gender Identity Development Service, Tavistock Centre, London. Honorary Senior Lecturer, Dept of Psychology, University College London. Docente, Scuola di Specializzazione in psicologia clinica, Università La Sapienza, Roma.*

processo decisionale e, negli ultimi anni è diventata ancora più importante dato lo sviluppo di nuove tecnologie che possono produrre notevoli cambiamenti nella struttura e nelle funzioni del corpo, come anche in altri ambiti dell'esperienza umana.

In filosofia, Kant considera l'autonomia e la razionalità come le due caratteristiche che distinguono gli esseri umani dal mondo vegetale e animale. Secondo l'autore, è l'autonomia che ci rende responsabili delle nostre azioni al contrario delle piante e degli animali, che non sono esseri autonomi. In medicina, l'autonomia è una caratteristica necessaria per dare il proprio consenso informato per accedere a qualsiasi trattamento o per partecipare a un progetto di ricerca.

In questo articolo cercherò di esplorare come si possano esercitare l'autonomia e il processo decisionale in due ambiti della gestione della disforia di genere nell'età evolutiva, ovvero la decisione di iniziare ad assumere all'inizio della pubertà i bloccanti ipotalamici, che sopprimono alcuni aspetti dello sviluppo puberale, e l'espressione durante l'infanzia del ruolo di genere congruente con l'identità percepita.

La capacità di esercitare la propria autonomia non è un fenomeno 'tutto o niente', ma ci sono diversi gradi di autonomia e la capacità di esercitarla è influenzata da alcuni fattori, che descriverò brevemente.

Autonomia e stili di attaccamento

La teoria dell'Attaccamento basata sulla osservazione della "Strange Situation" ha portato alla descrizione di quattro stili di attaccamento: sicuro, insicuro/evitante, insicuro/ambivalente, disorganizzato. Attraverso l'utilizzo della *Adult Attachment Interview* (Main, 1990) sono stati identificati negli adulti modalità di funzionamento collegati ai modelli descritti da Ainsworth nei bambini sicuro, ansioso/ambivalente, evitante/distanziante, disorganizzato.

L'attaccamento sicuro sembra essere direttamente collegato con il pensiero e il comportamento autonomo mentre gli altri stili di attaccamento sembrano influenzare queste capacità in senso negativo. Holmes (2014) sottolinea inoltre che Fonagy e i suoi colleghi hanno rilevato che gli adulti che hanno uno stile di attaccamento sicuro sembrano più in grado di riflettere e ragionare su stati mentali collegati ad esperienze e relazioni durante l'infanzia. Queste funzioni sono legate ai processi di mentalizzazione. Una buona capacità di mentalizzazione corrisponde a un buon livello di autonomia. Al contrario le difficoltà di mentalizzazione possono avere un impatto negativo sullo sviluppo dell'autonomia. L'autonomia non dovrebbe essere confusa con la tendenza all'autosufficienza o fare affidamento solo su stessi, perché l'autonomia comprende la capacità di accettare la dipendenza quando è necessaria, per esempio quando si richiede aiuto o assistenza per avere informazioni da chi ne sa di più o un sostegno in un momento di crisi.

L'Autonomia in relazione ad alcuni aspetti del pensiero psicoanalitico

La Psicoanalisi si è concentrata sull'importanza dell'influenza dei processi inconsci sul nostro modo di pensare, le nostre emozioni e il nostro comportamento e ha posto particolare attenzione all'influenza che le esperienze precoci hanno sulle relazioni adulte. Klein e gli psicoanalisti post kleiniani quali Bion, Britton e altri hanno descritto in modo approfondito i meccanismi di identificazione proiettiva come una modalità di comunicazione precoce tra il neonato e la madre. L'intensità con cui questo meccanismo viene utilizzato diminuisce con lo sviluppo per riapparire in circostanze particolari come crisi personali, lutto ecc. Un bambino o adolescente, oggetto di intense proiezioni da parte di un genitore può restare intrappolato o invischiato da queste proiezioni e la sua capacità di pensiero autonomo può essere condizionata da meccanismi inconsci. D'altra parte un bambino o un adolescente, con un buon livello di resilienza può svincolarsi e liberarsi da queste proiezioni e riconoscere che sono contenuti che non gli appartengono. Il caso di Mary può illustrare questo aspetto.

La storia di Mary

Una bambina, che chiamerò Mary, fu inviata al *Gender Identity Development Service* (GIDS) del Tavistock Centre di Londra all'età di 9 anni perché gli insegnanti avevano notato una certa incertezza riguardante la sua identità di genere. Durante i colloqui emerse che la madre era convinta alla nascita che era un maschio, che era stato trasformato in una femmina da un atto di magia nera (*black magic spell*) della suocera. La madre aveva continuato a trattare Mary come un maschio e le aveva dato un nome che nella loro cultura di origine poteva essere attribuito ad entrambi i generi. Quando veniva chiesto a Mary se era un maschio o una femmina, lei rispondeva che non lo sapeva forse per non contraddire sua madre. La madre aveva portato la ragazza al nostro servizio nella speranza che noi avremmo trasformato la bambina nel bambino che lei credeva che fosse.

Al di là di questa credenza, particolarmente intensa, riguardante l'identità di genere, la madre era una donna amorevole e affezionata alla bambina/o e ad altre persone. Il padre di Mary colludeva con le credenze della moglie e non l'aveva mai contraddetta. Il nostro servizio offrì a Mary una terapia individuale che lei accettò con lo scopo di esplorare la sua identità di genere e chiarificare chi credeva che fosse. Divenne chiaro che Mary vedeva se stessa come una bambina ordinaria ed infine disse che nella sua opinione la madre pensava che fosse un bambino perché nella sua cultura di origine i maschi avevano un vantaggio. In realtà dai nostri colloqui con la mamma era evidente che le sue credenze erano molto più radicate alla sua idea del corpo e non legate ai vantaggi sociali dell'essere maschio. La madre credeva che Mary avesse degli organi maschili dentro di lei e sperava che un giorno sarebbero emersi.

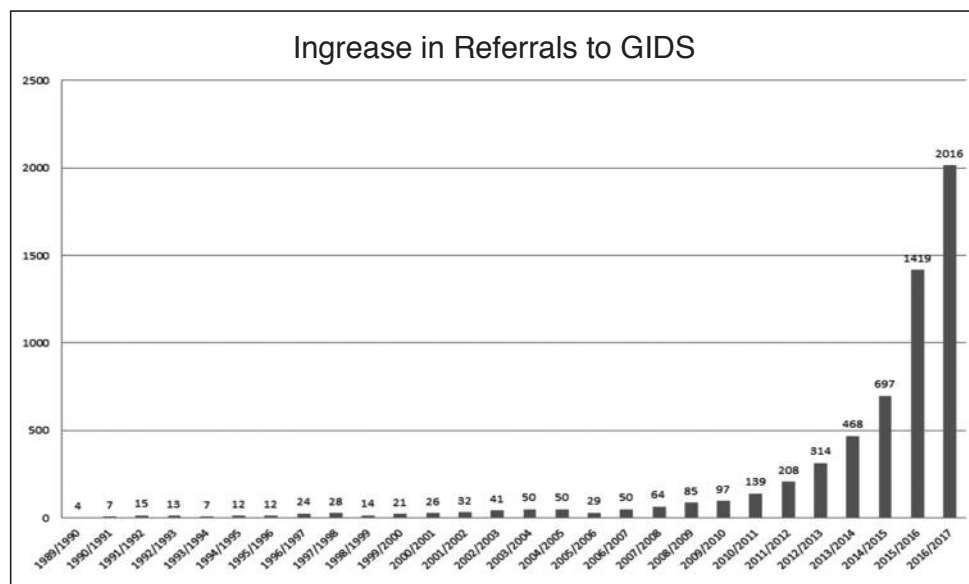
L'inizio delle mestruazioni divenne una conferma per Mary che lei era una ragazza e rimosse ogni dubbio sul suo genere.

Questo caso mostra che nonostante le credenze della madre e le sue potenti proiezioni, Mary aveva sviluppato un sé autonomo e in grado di pensare in maniera indipendente e con una buona capacità simbolica. In un bambino meno resiliente tuttavia si potrebbe ipotizzare che il suo senso di autonomia, e quindi la sua identità di genere, ne sarebbe stato notevolmente influenzato. Per una descrizione più dettagliata di questo caso, vedi *A Stranger in My Own Body* (Di Ceglie, 1998).

Autonomia e contesto sociale

Anche le esperienze sociali influenzano lo sviluppo dell'autonomia individuale. Per esempio, l'esperimento descritto da Milgram negli anni '60 ha mostrato che le persone tendono ad obbedire agli ordini che vengono dalle figure in posizioni di autorità, anche se questi ordini sono contrari a ciò che la loro coscienza indicherebbe (Milgram 1974). Si potrebbe dire che la pressione sociale ha avuto un impatto negativo sull'esercizio dell'autonomia. Non è negli obiettivi di questa presentazione discutere questo tema nei dettagli, ma vorrei ricordare a titolo di esempio una scena del film dei Monty Python "Brian di Nazareth" (1979) in cui Brian (Graham Chapman) viene scambiato per il Messia. Brian parla dalla finestra ad una grande folla che ha grandi aspettative rispetto al suo discorso messianico. Brian dice: "ascoltate, voi vi state sbagliando, non avete bisogno di seguire me, non avete bisogno di seguire nessuno, voi dovete pensare con la vostra testa, voi siete tutti individui". E la folla risponde con grande convinzione: "Sì, noi siamo

Tabella 1 - Aumento dei casi. Dati forniti da GIDS



tutti individui!”. Allora Brian dice “Voi siete tutti diversi”. E la folla risponde di nuovo con grande entusiasmo: “Sì, noi siamo tutti differenti “. Poi si sente un uomo che dice: “Io no, non lo sono!”

Paradossalmente di fronte alla folla influenzata dai poteri attribuiti a Brian, quell’uomo per dichiarare la propria autonomia e individualità deve negare l’affermazione collettiva che sono tutti individui e diversi, che in realtà è l’espressione di obbedienza alla visione della figura carismatica.

Nella società i fattori culturali possono facilitare o impedire l’espressione di una identità di genere variante. A conferma di questa affermazione si potrebbe ipotizzare che fattori culturali abbiano contribuito al grande aumento del numero degli invii di bambini e adolescenti con disforia di genere ai servizi per l’identità di genere (Tabella 1). Infatti nel nord Europa c’è stato negli ultimi anni un notevole cambiamento di atteggiamento nei confronti del tema dell’identità di genere, visto ora sotto una luce molto più positiva.

Gestione della Disforia di Genere in Età Evolutiva

La disforia di genere è una condizione complessa che si presenta come un’incongruenza tra l’identità percepita dall’individuo e il genere assegnato alla nascita. I criteri diagnostici per la disforia di genere negli adolescenti e adulti sono stati definiti nel DSM-5. Questi includono l’espressione di un genere percepito che è in contrasto con il genere assegnato alla nascita, la convinzione dell’individuo di avere sentimenti tipici e reazioni dell’altro genere, un forte desiderio di liberarsi dei caratteri sessuali primari e secondari e acquisire quelli dell’altro genere come pure un forte desiderio di appartenere all’altro genere e di essere trattato come l’altro genere o un genere alternativo diverso da quello assegnato alla nascita (American Psychiatric Association, 2013).

Durante gli ultimi due decenni questa condizione è stata progressivamente vista da professionisti e membri della società come lo sviluppo di una nuova identità e il termine ‘disordine della identità di genere’ è stato tolto dalla classificazione ed è stato introdotto il termine ‘disforia di genere’ che pone l’accento sul disagio associato a questa presentazione. Questa categoria diagnostica è stata mantenuta per facilitare principalmente lo sviluppo di servizi per bambini e adolescenti e le loro famiglie.

Gli adolescenti che hanno una esperienza persistente di incongruità tra la mente e il corpo percepiscono la pubertà come dolorosa e insopportabile. Sono spesso ad alto rischio di tentativi di suicidio. È stato di conseguenza messo a punto un approccio di gestione per fasi e questo fornisce una cornice di contenimento per questi stati mentali difficili da tollerare.

Le linee guida per la gestione della disforia di genere furono pubblicate per la prima volta dal Royal College of Psychiatrists (UK) nel 1998. Furono utilizzate e ulteriormente aggiornate nelle successive pubblicazioni degli Standards of Care del WPATH. La gestione include quattro stadi o fasi:

Fase uno: prevede una valutazione dell'identità di genere e un'esplorazione terapeutica.

Fase due: prevede l'uso di bloccanti ipotalamici che sopprimono la produzione di estrogeni o testosterone e alcuni aspetti dello sviluppo puberale. Questa possibilità è presa in considerazione dopo un'accurata valutazione per gli adolescenti la cui disforia di genere persiste e diventa più intensa provocando disagio durante lo sviluppo puberale. Questo intervento comporta l'uso di bloccanti ipotalamici che sopprimono la produzione di estrogeni o di testosterone e producono uno stato di neutralità biologica. Questo intervento è considerato reversibile. È emersa una controversia riguardante la tempistica di questo intervento che le linee guida raccomandano che sia fatto non prima dello stadio 2 secondo la classificazione di Tanner.

Fase tre: prevede il trattamento ormonale che mascolinizza o femminilizza il corpo. È considerato parzialmente reversibile. Le linee guida attuali prevedono questo intervento in genere dopo i 16 anni.

Fase quattro: prevede che dopo i 18 anni possano essere presi in considerazione cambiamenti irreversibili come gli interventi chirurgici.

Il modello di approccio per fasi successive fornisce al bambino/adolescente e alla famiglia spazio e tempo per riflettere e orientarsi sugli interventi futuri e le decisioni da prendere.

Intervento ormonale precoce nella disforia di genere e consenso informato

L'esercizio dell'autonomia nel processo decisionale in questa area si basa sul riconoscimento dei diritti dei bambini e sul consenso informato dell'adolescente e della famiglia.

Il 'World Congress on Family Law and Children's Rights 2009' di Halifax (Canada) ha pubblicato la 'Resolution 19' che afferma:

- a) I bambini e gli adolescenti con Disforia di Genere hanno il diritto a non essere sottoposti a sofferenze non necessarie e ad essere protetti da stigma e bullismo.
- b) I bambini e le loro famiglie hanno il diritto a partecipare pienamente al processo decisionale circa le opzioni di trattamento.
- c) I bambini e le loro famiglie dovrebbero avere diritto di accedere a servizi che sostengano lo sviluppo della loro identità di genere.

Il trattamento con i bloccanti ipotalamici nelle fasi precoci della pubertà (Tanner livello 2) è stato offerto dal GIDS in seguito all'approvazione da parte del comitato etico di un progetto di ricerca che prevede che la somministrazione sia possibile per un gruppo selezionato di adolescenti che soddisfacevano i seguenti criteri descritti nel protocollo:

- Tu hai la forte sensazione di essere nel corpo sbagliato o che il tuo genere e il tuo corpo non corrispondono. I medici chiamano questo “disforia di genere” e hanno descritto un elenco di sensazioni e comportamenti che i giovani con questa condizione presentano.
- Il tuo corpo sta cominciando a cambiare e questo è definito “inizio della pubertà”. Per controllare che il tuo corpo abbia raggiunto questa fase sarà necessario fare alcuni esami medici ed essere visitato da un medico specializzato sugli effetti degli ormoni in età evolutiva.
- Essere entrato/a in pubertà ti ha reso/a più sofferente e tu vuoi il trattamento che blocchi cambiamenti ulteriori del tuo corpo.
- I tuoi genitori o coloro che si prendono cura di te sostengono il tuo desiderio di prendere i bloccanti ipotalamici per sospendere alcuni cambiamenti della pubertà.
- La/le persona/e che hai incontrato al GIDS hanno concluso la loro valutazione con te e hanno concluso che sei capace e pronto a partecipare allo studio.

Durante un periodo di tempo sufficientemente lungo il terapeuta e il pediatra endocrinologo discutono tutte le tematiche pertinenti alla partecipazione al progetto di ricerca e in particolare quali siano i possibili benefici e svantaggi presenti. Questi sono descritti come segue nel depliant informativo dato all'adolescente e alla famiglia. Queste informazioni, scritte in un linguaggio comprensibile per l'adolescente, sono state concordate con un numero di famiglie con cui era stato discusso il progetto di ricerca.

Quali sono i benefici potenziali nel partecipare al progetto?

Ci siamo confrontati con gli altri paesi che hanno utilizzato questo trattamento e i risultati del confronto forniscono le seguenti indicazioni:

1. I bloccanti che fermano la produzione degli ormoni sessuali nel tuo corpo possono favorire lo sviluppo del tuo corpo nel senso del genere che tu desideri. Questo può migliorare il modo in cui ti senti con te stesso.
2. Se deciderai di sospendere i bloccanti ormonali, il tuo sviluppo fisico ritornerà a seguire il tuo genere biologico come prima. I bloccanti ormonali non danneggeranno il tuo sviluppo fisico e psicologico.
3. I bloccanti ormonali ti faranno sentire meno preoccupato/a di crescere nel corpo sbagliato e ti daranno più tempo e spazio per pensare alla tua identità di genere.
4. I bloccanti ormonali potrebbero ridurre il numero di interventi chirurgici di cui tu potresti avere bisogno quando sarai un adulto (dopo i 18 anni) nel caso tu desiderassi sottoposti ad operazioni per cambiare il tuo corpo.

Quali sono i possibili svantaggi e rischi?

1. Noi non sappiamo come i bloccanti ormonali influiranno sulla tua densità ossea, sullo sviluppo degli organi genitali, la forma del corpo o l'altezza definitiva da adulto/a. Ci potrebbero essere altri effetti dei bloccanti ormonali a lungo termine che non sono ancora noti.
2. I bloccanti ormonali potrebbero influire sulla tua memoria, capacità di concentrazione e sul modo in cui ti senti. Possono anche influire sulla tua percezione riguardo al genere e sulla probabilità che tu possa cambiare idea rispetto alla tua identità di genere.
3. I bloccanti ormonali potrebbero influire sulla tua capacità di avere un figlio/a. Dopo la sospensione dei bloccanti ormonali, potrebbero essere necessari 6/12 mesi o più, prima che un ragazzo possa tornare a produrre sperma e una ragazza possa produrre ovuli fecondabili.

L'esercizio dell'autonomia e il processo decisionale richiedono che l'adolescente e la sua famiglia comprendano queste affermazioni e le potenziali conseguenze. Un'esplorazione terapeutica con l'adolescente e la famiglia che tenga in considerazione i fattori potenziali che possono influire sulla autonomia, accennati in precedenza, è finalizzata a sviluppare la capacità di esprimere un consenso informato.

L'espressione del ruolo di genere esperito nell'infanzia

Questa parte affronta la questione "Dovrebbe essere permesso ai bambini pre-puberi di vivere nel genere percepito?".

Comincerò con una citazione dal libro "Perché essere felice quando potresti essere normale? (Jeanette Winterson, 2011).

Jeanette stava parlando con la madre adottiva della relazione che aveva con un'altra ragazza. Allora la madre le chiese:

'Jeanette mi vuoi dire perché?'

'Quale perché?'

'Tu sai quali perché...'

Ma io non so perché... Quello che sono..., ma non so perché io non piaccio a lei. Che cosa lei vuole. Perché io non sono quello che lei vuole. Cosa voglio io e perché. Ma c'è qualcosa che io so: 'Quando sono con lei io sono felice. Semplicemente felice'.

Lei assentì. Sembrava che capisse, e io pensai veramente, per un secondo, che saremmo state dalla stessa parte dello specchio. Io aspettavo, poi lei disse: "Perché essere felice quando potresti essere normale?"

Questa citazione mostra una modalità genitoriale influenzata dalla profonda interiorizzazione delle norme sociali e religiose che contrastano il desiderio di

affermazione di sé e del benessere emozionale. Nella nostra società la repressione dei sentimenti e delle emozioni non è più considerata positiva, piuttosto, si considera che contribuisca allo sviluppo delle difficoltà psicologiche e influisca negativamente sul benessere mentale. Il rigido sistema di credenze della madre ostacolava la sua capacità di accettare l'autonomia della figlia.

Negli ultimi anni il numero di bambini con disforia di genere che vivono nel ruolo di genere esperito è aumentato. Nel Regno Unito e in altri paesi questo fenomeno ha attirato l'attenzione dei media e sono insorte molte polemiche e controversie.

La storia di Martin

Martin fu inviato al GIDS all'età di 8 anni agli inizi degli anni novanta mentre frequentava la scuola elementare. Lo psicologo scolastico aveva detto che la madre aveva sentito Martin dire quando aveva 7 anni che da grande voleva essere una donna. Gli piaceva vestirsi con abiti femminili e sin da quando aveva cominciato a camminare gli piaceva calzare scarpe con i tacchi alti e fare uso di strofinacci per simulare i capelli lunghi. Aveva una passione per le bambole 'Barbie' e cercava di camminare in modo femminile. A scuola giocava solo con le bambine. Aveva poca fiducia in sé stesso ed era oggetto di bullismo e insulti. Aveva sintomi di ansia che includevano mal di stomaco, giramenti di capo e mal di testa. La madre non incoraggiava il suo comportamento femminile ma era di molto sostegno.

Durante la valutazione al GIDS venne confermato che Martin presentava le caratteristiche della disforia di genere. La sua ansia di andare a scuola aveva portato ad una frequenza molto scarsa e aveva anche difficoltà a separarsi dalla madre. Al GIDS cominciammo un lavoro terapeutico con la famiglia che includeva Martin, sua madre e il suo padre adottivo. Ci furono anche degli incontri con il personale scolastico per facilitare la frequenza scolastica di Martin.

Due anni dopo Martin si trasferì con la sua famiglia in un'altra città dell'Inghilterra. Qui il suo desiderio di vivere nel ruolo femminile divenne molto intenso e i genitori gli permisero di vivere da ragazza, vestendola in abiti femminili e chiamandola Martina. Nella nuova città Martina cominciò una terapia individuale con un terapeuta dei servizi locali di salute mentale per l'età evolutiva. Una collega ed io abbiamo continuato a vedere i genitori ogni due mesi per aiutarli a riflettere sui temi dell'identità di genere e dello sviluppo di Martina e per essere in grado di prendere decisioni meglio informate con Martina. I genitori parteciparono ad un gruppo mensile per genitori di bambini con disforia di genere per un periodo di sei mesi. Noi continuammo a partecipare ad incontri regolari con la rete professionale che includeva lo staff scolastico due o tre volte all'anno nella città dove abitava Martina. Martina poté frequentare la scuola in un ruolo femminile in seguito ad una preparazione molto accurata e con una continua discussione dei temi da affrontare da parte della rete professionale e della famiglia.

Quando Martina raggiuse i tredici anni il servizio sociale convocò un incontro di protezione del bambino perché la scuola era preoccupata che le attitudini dei genitori avessero contribuito allo sviluppo della disforia di genere in Martina. Dopo un'indagine da parte del servizio sociale non furono identificati elementi che richiedessero la protezione della bambina. Tuttavia come risultato di questo intervento alla madre furono offerte delle sedute di counselling individuali di sostegno da parte dei servizi locali.

Quando Martina raggiunse i 14 anni, mentre era nella lista di attesa per una consultazione con il nostro pediatra endocrinologo perché stava per entrare nella pubertà, inaspettatamente annunciò a sua madre che non desiderava più essere una ragazza ma che adesso si sentiva più a suo agio nell'essere un ragazzo. Da allora in poi Martina ritornò ad essere Martin. Nell'incontro successivo fu evidente che Martin aveva avuto un notevole sviluppo fisico e aveva l'apparenza di un ragazzo.

All'ultimo incontro della rete professionale con la famiglia io chiesi a Martin se lui pensasse che i suoi genitori avessero preso una decisione sbagliata nel permettergli di vivere e andare a scuola da ragazza. Lui rispose senza esitazione che era stata la decisione giusta perché era quello che lui sentiva.

Da questo caso, che ho seguito negli anni novanta, sono giunto alle seguenti conclusioni:

1. Lo sviluppo puberale può in alcuni casi di chiara disforia di genere cambiare il corso dello sviluppo dell'identità di genere.
2. Un'attitudine genitoriale che afferma gli intensi desideri del bambino di vivere nel ruolo dell'identità esperita non influenza necessariamente il corso di sviluppo dell'identità. Tuttavia il mantenimento di un'attitudine di apertura facilita il processo di cambiamento se questo avviene.
3. Il mio ruolo professionale consisteva nel mantenere un approccio riflessivo, nel lavoro con la famiglia e con la rete professionale, nel valutare pro e contro e nel facilitare un processo decisionale all'interno della famiglia riguardo a quello che fosse il migliore interesse del bambino in quel particolare contesto sociale.

Non ci sono sufficienti evidenze scientifiche che indichino con chiarezza quale sia l'approccio più appropriato con i bambini che desiderano vivere nel ruolo dell'identità esperita (transizione sociale) durante l'infanzia. Gli studi di follow up a lungo termine hanno mostrato che fino a circa il 30% dei bambini con disforia di genere persiste nell'adolescenza e nell'età adulta (Green 1987, Zucker and Bradley 1995, Cohen-Kettenis 2001 and Drummond, *et al.*, 2008).

Steensma e colleghi nel loro lavoro suggeriscono che i bambini/adolescenti che avevano desistito "consideravano il periodo tra i 10 e 13 anni come cruciale: "sia coloro che avevano persistito che coloro che avevano desistito dichiaravano che i cambiamenti nel loro ambiente sociale, i cambiamenti in senso maschile o femminile che si aspettavano si sarebbero verificati e che ora si verificavano nel

loro corpo e le loro prime esperienze di innamoramento e attrazione sessuale, avevano influenzato i loro interessi relativi al genere, il comportamento e i loro sentimenti di disagio e di identificazione di genere” (Steensma, 2011).

Per quel che riguarda la transizione sociale nell’infanzia la *World Professional Association For Transgender Health* (2011) fa le seguenti affermazioni e raccomandazioni:

- Le famiglie presentano variazioni nel grado in cui permettono ai bambini di fare una transizione sociale ad un altro ruolo di genere. Transizioni sociali nella prima infanzia avvengono in alcune famiglie con un successo iniziale. Questo è un tema controverso e i professionisti della salute hanno punti di vista divergenti.
- Professionisti della salute mentale possono aiutare le famiglie a prendere decisioni riguardanti i tempi e il processo di cambiamento del ruolo di genere dei loro bambini.
- Il ritorno al ruolo di genere originario può essere causa di notevole disagio e persino portare al posponimento di questa seconda transizione sociale da parte del bambino (Steensma, Cohen-Kettenis, 2011).
- I professionisti della salute mentale possono assistere i genitori nell’identificare possibili soluzioni intermedie o compromessi (per esempio solo durante le vacanze). È anche importante che i genitori facciano sapere in maniera esplicita che vi è la possibilità di tornare indietro.
- Aldilà delle decisioni della famiglia riguardanti la transizione sociale (tempistica e grado) i professionisti dovrebbero offrire counselling e sostegno nel processo di esplorazione delle varie opzioni e implicazioni.

La mia riflessione sulla gestione del ruolo di genere e sulla transizione sociale in infanzia è stata basata inizialmente sull’osservazione longitudinale del caso (Martin) studiato fin dagli anni novanta. Da allora ho seguito un certo numero di ragazzi pre-puberi e ho constatato che la scelta più utile in questo percorso è l’esercizio della autonomia nel processo decisionale sia da parte dei genitori sia dei bambini. Inoltre penso che sia utile l’esplorazione terapeutica in collaborazione con la famiglia in cui la posizione del professionista sia neutrale. L’esplorazione dovrebbe tendere a sviluppare le capacità di autonomia all’interno della famiglia riducendo così in qualche caso i potenziali effetti dei fattori descritti nella sezione precedente e in questo modo raggiungere un migliore consenso informato su ciò che è nel migliore interesse nello sviluppo del bambino e in particolare la sua identità di genere. Il valore delle esplorazioni terapeutiche e del counselling adesso può essere visto in una prospettiva nuova: il loro ruolo al servizio del principio etico dell’autonomia e di una migliore capacità di prendere decisioni basate sul consenso informato. Le future ricerche e studi di follow up a lungo termine potranno contribuire allo sviluppo di linee guida sempre più appropriate.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 5th edn (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cohen-Kettenis P.T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391.
- Di Ceglie D., with Freedman D. (1998). *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. London: Karnac Books.
- Drummond K.D., Bradley S.J., Peterson-Badali M. and Zucker K.J. (2008). A follow up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44, 34-45.
- Green R., Roberts C.W., Williams K. et al., (1987). *Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation*. *British Journal of Psychiatry*, 151, 84-88.
- Holmes J. (2014). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge.
- Main M. (1990). *A Typology of Human Attachment Organisation Assessed with Discourse, Drawings and Interviews*. New York: Cambridge University Press.
- Milgram S. (1974). *Obedience to Authority: An Experimental View*. London: Tavistock Publications.
- Steensma T.D., Biemond R., de Boer F. and Cohen-Kettenis P.T. (2011). *Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study*. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.
doi: 10.1177/1359104510378303.
- Steensma T.D. and Cohen-Kettenis P.T. (2011). *Gender transitioning before puberty*. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 649-50.
- Wallien M.S.C. and Cohen-Kettenis P.T. (2008). *Psychosexual outcome of gender dysphoric children*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1413-23.
- Winterson J. (2011). *Why Be Happy When You Could Be Normal?* London: Vintage.
- World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*.
- Zucker K.J. and Bradley S.J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.

Il presente articolo è la traduzione, effettuata dallo stesso autore, del capitolo *Autonomy and decision-making in children and adolescents with gender dysphoria* pubblicato da Domenico di Ceglie nel libro *Justice for children and family – a developmental perspective* curato, da Mike Shaw e Sue Bailey, Cambridge University Press (2018).

Si ringrazia l'editore, Cambridge University Press (PLS Clear), per aver concesso la pubblicazione sulla Rivista di sessuologia.

Attaccamento e sessualità: il triangolo drammatico

Vanessa Treccani*, Michele Frigieri**

Sommario - L'analisi della letteratura evidenzia la mancanza di un'interpretazione unitaria sul significato dei comportamenti perversi, tuttavia l'opinione maggiormente condivisa riguarda l'esistenza di strategie e meccanismi di controllo finalizzati alla gestione dell'angoscia derivante dalle relazioni intime (Bassi, 2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017). I sistemi motivazionali e la disorganizzazione dell'attaccamento fungono da elementi chiave per comprenderne l'origine, in particolare delle strategie relazionali nelle dinamiche di dominanza e sottomissione volte a ottenere e mantenere controllo e coesione del Sé. Esse si manifestano in comportamenti ripetitivi e ritualizzati in cui si rivivono i ruoli di salvatore, vittima e persecutore come unica modalità relazionale tollerabile in protezione all'angoscia e funzionale al contenimento del rischio di frammentazione interna (Winnicott, 1983).

Parole chiave: *attaccamento, strategie relazionali, parafilie, salvatore, vittima, persecutore.*

Abstract - Attachment and sexuality: the Codependency Drama Triangle

The analysis of the literature highlights the lack of a unitary interpretation on the meaning of perverse behaviors, however the most shared opinion regards the existence of strategies and control mechanisms aimed at managing the anxiety resulting from intimate relationships (Bassi, 2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017). The motivational systems and the disorganization of the attachment act as key elements to understand the origin, in particular of the relational strategies in the dynamics of dominance and submission aimed at obtaining and maintaining the control and cohesion of the Self. They manifest themselves in repetitive and ritualized behaviors in which the roles of savior, victim and persecutor are relived as the only tolerable relational modality in protection from anxiety and functional to the containment of the risk of internal fragmentation (Winnicott, 1983).

Key words: attachment, relational strategies, paraphilias, savior, victim, persecutor.

Dinamiche relazionali e ruoli

Pur non essendoci un'interpretazione unitaria sul significato dei comportamenti perversi, l'opinione maggiormente condivisa riguarda l'esistenza di strategie e meccanismi di controllo finalizzati alla gestione dell'angoscia derivante dalle relazioni intime (Bassi, 2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017).

Secondo Benjamin (1988), per analizzare efficacemente le relazioni di dominio e sottomissione, è necessario comprendere non solo l'andamento del rapporto con la figura di riferimento in infanzia (e il relativo distacco), ma come ci uniamo agli altri, come li riconosciamo e ci facciamo conoscere nella relazione con loro.

* Psicologa, specializzata in Criminologia e psicopatologia del comportamento sessuale.

** Psicologo, Psicoterapeuta, specializzato in Sessuologia e Criminologia e Psichiatria forense.

Affinché una persona si senta autentica, e possa consolidare il proprio senso di sé, è necessario che soddisfi il *bisogno di riconoscimento*. Un continuo processo dialogico di “validazione” e “invalidazione” attraverso il quale avviene il riconoscimento delle emozioni, del loro valore e della loro efficacia, consentendo così di dare nome all’esperienza, fraintenderla o misconoscerla (Linehan, 1993; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017).

La rappresentazione di sé è quindi in relazione all’altro, dal quale si è allo stesso tempo distinti. La ricerca del riconoscimento pone contemporaneamente un conflitto, un paradosso in cui per potersi affermare e sentire indipendenti è necessario il riconoscimento dell’Altro: si esiste in quanto si esiste per un Altro che ci riconosce. Il bisogno di *affermazione* si pone come secondo meccanismo base delle relazioni e il fallimento della dialettica tra bisogno di riconoscimento e affermazione, origina relazioni di dominio in cui questi bisogni compaiono polarizzati nella loro forma “pura”: il dominio come bisogno di affermazione, la sottomissione come bisogno di riconoscimento (Benjamin, 1988).

Per il sadico la ricerca è orientata verso un Altro che sopravviva, sul quale si possano osservare i segni che lui stesso ha lasciato, testimonianze che offrono un senso (perverso) alla propria esistenza, una rassicurante conferma auto-riferita confusa con l’amore; un amore dimostrato dal fatto che l’Altro resiste ai propri attacchi, potendo sperimentarsi come assoluto a fronte di una delusione primaria in cui l’adulto non è sopravvissuto. Il masochista trova un Altro che sopravviva, così come è accaduto in infanzia, sentendo come amore il potersi perdere in un dolore fisico e psichico con un Altro fidato, in grado di contenere. Si riproduce il dramma di distruzione e sopravvivenza di cui si è fatta esperienza nei primi anni di vita. Nell’approfondimento di questi scenari relazionali è fondamentale porre attenzione ai contesti relazionali di sviluppo, in cui può verificarsi un circolo negativo in cui non è possibile essere in sintonia con l’adulto di riferimento.

Non potendo sperimentare né vicinanza né lontananza da esso, si verifica un fallimento relazionale in cui il bisogno e la ricerca di riconoscimento possono trasformarsi in una lotta di potere, in cui l’affermazione di uno diviene aggressione verso l’altro (Liotti & Monticelli, 2008). Questa dialettica è riconducibile alle dinamiche in cui si manifesta il sistema di rango, volto a stabilire uno status per sé e per l’altro e che è osservabile nelle relazioni BDSM, dove, attraverso un’aggressività ritualizzata, è possibile definire in modo continuativo il proprio e altrui ruolo (Pancheri & Monticelli, 2017). Alla base delle relazioni di dominio vi sarebbe, perciò, lo stesso desiderio di differenziazione e riconoscimento tipico delle relazioni erotiche adulte reciproche, con la differenza che, attraverso la violazione e l’aggressione dell’altro, si compie un tentativo di scoprirlo, creando la possibilità di un’intimità. Ciò determina la complementarietà dei ruoli, che possono non essere ripartiti rigidamente, anzi, è possibile che l’individuo incarni anche il ruolo opposto in modo del tutto consapevole, nella stessa relazione o in relazioni diverse. Aspetto così pregnante che gli individui differenziano sé stessi e gli altri non tanto in base all’appartenenza al genere maschile o femminile, ma piuttosto sul

ruolo incarnato nella relazione (Treccani, Cucci, Frigieri, 2019; Benjamin, 1988). In questo spostamento, alternativamente, ogni soggetto ha una posizione preferenziale che lo caratterizza e nella quale passa la maggior parte del tempo (Karpman, 1968; Berne 1968; Ivaldi 2004; Treccani, Cucci, Frigieri, 2019). Nel *Triangolo Drammatico* l'individuo assume, con modalità dinamiche, tre posizioni evidenti: salvatore, vittima, persecutore. Il soggetto sottomesso rappresenta la vittima su cui il soggetto dominante (persecutore) esercita il potere ed è, contemporaneamente, fonte di eccitazione sessuale (salvatore) (Ivaldi, 2004; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017). Questo è il frutto di *Modelli Operativi Interni* disorganizzati, derivanti dalle prime relazioni significative in cui l'adulto rappresentava contemporaneamente sia la fonte di paura che la soluzione a essa. La paradossale "paura senza sbocco" generata dall'elevata imprevedibilità dell'adulto, non consentendo l'organizzazione di strategie funzionali, ha reso problematico affrontare l'elevato stress a cui si è trovato esposto (Attili, 2007; Main & Hesse, 1990; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, Stah, 1987; Lyons-Ruth, Jacobwitz, 1999; Main, Solomon, 1990; Vondra, Barnett, 1999). L'impossibilità sia di allontanarlo che di avvicinarlo origina la necessità di controllare le sue reazioni. Attraverso l'utilizzo di strategie controllanti che aiutano l'individuo a darsi compattezza e a ridurre le oscillazioni del triangolo drammatico, quindi i forti sentimenti di paura, angoscia e vulnerabilità distruttivi che le accompagnano, sono garantite sia la tollerabilità delle relazioni in età adulta, sia la gestione del timore di legami affettivi intensi (Bassi 2005; Khan, 1979; Stolorow, 1975). I comportamenti di controllo relazionale coercitivi e/o umilianti, insieme agli atteggiamenti oppositivi, forniscono un'immagine di sé identificata con il carattere dominante nella relazione, mentre comportamenti eccessivamente sottomessi e compiacenti consentono un'immagine di sé allineata ai caratteri di desiderabilità e obbedienza (Liotti & Monticelli, 2008).

Sistemi motivazionali, disorganizzazione e strategie

I contesti e le esperienze relazionali possono modellare, attraverso i sistemi di memoria, i comportamenti legati all'attivazione dei sistemi motivazionali sottostanti e quindi la modalità, le emozioni e il ruolo in cui l'individuo si pone in relazione (Bowlby, 1969; Linehan, 1993, Lichtenberg, 1989). Nell'attivazione di alcuni sistemi motivazionali emergono dinamiche di dominanza e sottomissione. Nelle relazioni di coppia adulte reciproche vengono solitamente attivati più sistemi, tra cui il sistema sessuale, di attaccamento, accudimento, cooperativo e anche di rango. Nelle relazioni BDSM l'attivazione di quest'ultimo è predominante insieme a quello sessuale, e un'aggressività ritualizzata esprime la sottomissione del/la partner (Linehan, 1993). Il primo sistema, quello sessuale, è caratterizzato da segnali di seduzione erotica, o da variabili attivanti interne dell'organismo, e si disattiva al raggiungimento dell'orgasmo, includendo, oltre alle emozioni tipiche di desiderio e piacere erotico, anche altre più complesse come la gelosia (Panksepp, 1998). Quello di rango, include comportamenti differenti in base al ruolo:

comportamenti di resa che hanno lo scopo di comunicare un riconoscimento della propria subordinazione, (es. chinare il capo, Liotti, 1994/2005) esprimendo simbolicamente quella che è definita *subroutine di resa*. Un'importante emozione che compare in questo meccanismo è la vergogna connessa a un senso e una rappresentazione di sé come impotente, inferiore e meritevole di giudizio negativo, quindi dell'altro come superiore.

Nelle dinamiche di potere sessualizzato si possono osservare i risvolti psicologici e l'eccitazione sessuale derivante da vissuti in cui l'individuo sperimenta l'umiliazione e il potere del/la partner (Welldon, 2006; Frigieri & Micoli, 2012). Nella *soubroutine di dominanza* rientrano i comportamenti volti a ottenere un trionfo dell'individuo (Stoller, 1975) quando si stabilisce la resa dell'altro ed è quindi definito il rango. L'emozione guida è la collera manifestata come aggressività ritualizzata e finalizzata a ottenere la resa, non a causare danni all'altro (Liotti, Fassone & Monticelli, 2017). Se pensata nelle relazioni sadomasochistiche, le dinamiche di questo sistema motivazionale richiamano i concetti di riconoscimento e affermazione che descrive la Benjamin (1988) in cui gli effetti dell'azione sull'altro si possono osservare come elementi di cambiamento su un Altro che sopravvive garantendo l'affermazione del dominante e il riconoscimento per il sottomesso.

La disorganizzazione dell'attaccamento si pone come importante fattore predisponente allo sviluppo di comportamenti parafilici (Pancheri & Monticelli, 2017): un'attivazione contemporanea, massiccia e confusa di diversi sistemi legata a una rappresentazione dell'individuo non unitaria di sé stesso, originata da situazioni paradossali e distorte in cui nell'adulto di riferimento rimane attivo il sistema di attaccamento in sovrapposizione, in sostituzione a quello di accudimento nei confronti del proprio figlio. Direzione quindi verso di lui le emozioni tipiche dell'attaccamento, come la collera per la richiesta di conforto, in cui l'espressione dell'aggressività è vissuta dal bambino come predatoria, quindi attivando a sua volta il sistema di difesa per la sopravvivenza con reazioni di fuga o aggressione, innescando nel genitore ulteriori reazioni aggressive che alimentano il circuito. Questa attivazione può verificarsi anche quando il genitore ha comportamenti seduttivi o non riesce a riconoscere e/o a rispondere correttamente alle richieste di vicinanza e conforto (Solomon & George, 2011; Liotti & Farina, 2011).

È un fallimento del legame di attaccamento in cui non è stato possibile ottenere vicinanza e protezione, sperimentare le emozioni di conforto, gioia e sicurezza che ne derivano (Liotti, Ardevini, 2017), un fallimento funzionale alla strutturazione di rappresentazioni di sé e degli altri come salvatore, vittima o persecutore (Attili, 2007; Ivaldi, 2004; Main & Hesse, 1990; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, Stah, 1987; Lyons-Ruth, Jacobwitz, 1999; Main, Solomon, 1990; Liotti 2004b, 2006).

Si attivano simultaneamente, in modo abnorme e compensatorio, almeno tre sistemi motivazionali: di rango, di accudimento e sessuale. Le strategie controllanti messe in atto hanno lo scopo di controllare le emozioni e le relazioni come difesa dalla frammentazione, pur rimanendo il rischio di crollare in situazioni di

stress con un conseguente riemergere della disorganizzazione (Frigieri, 2017). Sono intersoggettive, la specifica tipologia di strategia utilizzata nasce nella relazione, dove le caratteristiche e gli atteggiamenti del caregiver, quelli del bambino e il modo in cui si intrecciano rappresentano la concausa al suo sviluppo (Liotti & Farina, 2011).

Negli agiti parafilici le strategie correlate ai sistemi compensatori (rango, accudimento e sessuale) permettono di avere il controllo delle dinamiche relazionali attraverso una ripetizione rituale tipica del BDSM (Elliott, Browne, Kilcoyne, 1995; Wellton, 2006). Si attivano in risposta al sistema di attaccamento e sono orientate alla sua inibizione, pur non essendo totalmente assente. La sua presenza è osservabile in azioni volte a definire il legame, per esempio attraverso l'utilizzo di indumenti o di oggetti che descrivono un'appartenenza, ritualizzando alcuni comportamenti che rimandano a operazioni mentali riconducibili al sistema di attaccamento e al timore della separazione. Le strategie maggiormente presenti sono quelle punitive, finalizzate a definire i ruoli, e quelle sessualizzate, con lo scopo di gestire l'angoscia attraverso l'eccitazione sessuale. L'individuo e l'Altro acquisiscono così coerenza: uno come oggetto di eccitazione sessuale, un altro come soggetto controllante, sessualizzando i ruoli di dominanza e sottomissione con l'obiettivo di mantenere controllo nella relazione, nei ruoli, nei rituali e nei risvolti psicologici conseguenti, sebbene con scarsa mentalizzazione (Fonagy, *et al.*, 2003; Pancheri & Monticelli, 2017). Si ritrovano casi in cui le dinamiche relative alla strategia accudente in cui fornire cura e protezione al/alla partner rappresenta una fonte di eccitazione sessuale (Treccani, Cucci, Frigieri, 2019).

Nell'approfondimento sulle strategie è interessante il modello della Crittenden (2008), secondo il quale l'ordine temporale degli eventi e la loro intensità costituiscono le informazioni intorno alle quali si strutturano e organizzano le strategie, ciò è possibile solo è presente a ogni età una fonte di pericolo superabile con le strategie disponibili per quel periodo, considerando il pericolo come parte integrante dello sviluppo. Nel *Modello Dinamico Maturativo* la disorganizzazione rappresenta uno stato transitorio di incapacità dell'individuo di organizzare una strategia funzionale per ridurre il pericolo derivante dal contesto relazionale in cui si trova, caratterizzato da un'elevata imprevedibilità. Successivamente tenderà a strutturarsi in modalità di funzionamento più complesse. Attaccamento e sessualità sono concepiti come connessi (*comportamento di attaccamento di tarda maturazione*) per la difficoltà nella distinzione dei comportamenti messi in atto nei due sistemi. I confini tra le emozioni di un sistema e l'altro sono labili e possono mescolarsi o interscambiarsi: aggressività, paura e desiderio sessuale possono essere fonte di eccitazione sessuale allo stesso modo. Uno dei due sistemi può essere vissuto più intensamente quando l'altro fallisce nel tentativo di svolgere la stessa funzione, rendendo in questo caso la relazione distorta (Crittenden, 2008). Nelle relazioni dove il legame di attaccamento è fallito, le pratiche sessualizzate possono rappresentare la modalità più funzionale per deviare l'aggressività e dare origine, o mantenere, il legame significativo.

Nello studio delle dinamiche di dominazione e sottomissione risultano significative le strategie di tipo A di questo modello in cui sono coinvolti i sistemi di memoria procedurale e semantica. Questi consentono di comprendere come, e attraverso quale via, si agiscono i comportamenti: il sistema di memoria procedurale è implicato nella produzione e inibizione di schemi comportamentali messi in atto ripetutamente con scarsa o assente consapevolezza, mentre attraverso il sistema di memoria semantica vengono fatte previsioni sulla base di generalizzazioni di esperienze passate, con la tendenza ad agire sulla base della propria conoscenza del mondo e di ciò che ci si aspetta rispetto ai significati attribuiti all'esperienza. Gli individui che utilizzano strategie di tipo A sono, infatti, descritti come in possesso di una ridotta consapevolezza, un'omissione dei sentimenti negativi con forte affidamento a informazioni cognitive e tendenza ad agire sulla base delle conseguenze attese, evitando di fare ciò che potrebbe essere punito. Nei casi in cui non è stato possibile annientare l'aggressività del caregiver possono manifestarsi tendenze compulsive nell'accudimento e ritiro con autosufficienza compulsiva, in cui è presente un'idealizzazione dell'adulto a seguito del fallimento del tentativo di suscitare protezione. Possono, inoltre, manifestare una sessualità promiscua con un'intimità superficiale e affidarsi agli altri per la definizione del sé (Crittenden, 2008).

In queste strategie sono inclusi meccanismi di controllo emotivo e relazionale in cui prevalgono gli aspetti cognitivi su quelli emotivi, scarsa consapevolezza e difficoltà ad accedere alle emozioni. Questo in linea con il deficit metacognitivo e di mentalizzazione rispetto alla propria storia, alla fonte di eccitazione sessuale e alla ripetitività caratteristica degli agiti parafilici (Liotti, 1995/2005; Liotti & Monticelli, 2008; Fonagy, *et al.*, 2003; Frigieri, 2017). Sono, inoltre, evidenti aspetti di evitamento legato a una scarsa intimità con il/la partner in cui il sesso è utilizzato come forma di padronanza e controllo, tipico delle dinamiche di potere nelle relazioni sadomasochistiche (Treccani, Cuccì, Frigieri, 2019; Davis, Shaver, Vernon, 2004).

In conclusione, i sistemi motivazionali e la disorganizzazione dell'attaccamento fungono da elementi chiave per comprendere l'origine delle strategie relazionali che compaiono in dinamiche di dominanza e sottomissione volte a mantenere controllo e coesione del Sé. Questo è funzionale al contenimento del rischio di frammentazione interna, manifestandosi in comportamenti ripetitivi e ritualizzati in cui si rivivono i ruoli di salvatore, vittima e persecutore come unica modalità relazionale tollerabile in protezione all'angoscia (Winnicott, 1983).

Bibliografia

- Attili G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente: normalità, patologia, terapia*. Cortina Editore, Milano.
- Bassi F. (2005). Le perversioni: modelli teorici a confronto. *Ricerca psicoanalitica*, XVI, 1, pp. 53-82.

- Benjamin J. (1988). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Raffaello Cortina Editore (2015).
- Berne E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello?*. Grove Press, New York.
- Bowlby J. (1969). Attaccamento e perdita, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Crittenden P.M. (2008). *Il Modello Dinamico Maturativo dell'Attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Davis D., Shaver P.R. & Vernon M.L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1076-1090.
- Elliott M., Browne K., Kilcoyne J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect*, 19, pp. 579-594.
- Fonagy P., Target M., Gergely G., Allen J.G., Bateman A.W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationship: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, pp. 412-459.
- Frigieri M. (2017). Perversione e Desiderio. Il rifugio delle nuove parafilie. *Rivista di Sessuologia*, 41, 2, pp. 141-148.
- Frigieri M., Micoli A. (2012). *Il sadomasochismo come relazione sociale. Le parafilie del quotidiano*. Amon.
- Ivaldi A. (2004). Il Triangolo Drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico. *Cognitivismo clinico*, 1, 2, pp. 108-123.
- Karpman S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 7, pp. 39-43.
- Khan M.M.R. (1979). *Le figure della perversione*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1982.
- Lichtenberg J.D. (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Linehan M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità. Il modello dialettico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Liotti G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale della coscienza* (seconda edizione). Carocci, Roma.
- Liotti G. (2004b). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherap: Theory, Research, Practice, Training*, 41, pp. 427-486.
- Liotti G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 4, pp. 55-73.
- Liotti G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contribution of attachment theory to developmental psychopathology and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, pp. 232-252.
- Liotti G. (2014a). disorganized attachment in the pathogenesis and the psychotherapy of borderline personality disorder. In Danquah, A., Berry, K. (a cura di), *Attachment Theory in Adult Mental Health*. Routledge, London, pp. 113-128.
- Liotti G. (2015). Psicoterapia ispirata dalla teoria dell'attaccamento. Una prospettiva basata sulla teoria evuzionistica dei sistemi motivazionali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2, 1, pp. 11-26.
- Liotti G. (2016a). in fact attachment and the origins of dissociative processes: An approach based on the evolutionary theory of multiple motivational system. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 10, pp. 20-36.

- Liotti G., Ardovini C. (2017). Lo studio della motivazione nella prospettiva evolutivista. Cenni storici e concetti di base. In Liotti, G., Fassone, G., Monticelli, F. (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 3-25.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G., Fassone G., Monticelli F. (a cura di) (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G., Monticelli F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMT*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lyons-Ruth K., Connell D.B., Zoll D., Stah J. (1987). Infants at social risk: relation among infant maltreatment, maternal behaviour. *Developmental Psychology*, 23, pp. 223-232.
- Lyons-Ruth K., Jacobowitz D. (1999). La disorganizzazione dell'attaccamento: perdite non elaborate, violenza relazionale e cadute nelle strategie comportamentali e attentive. Tr. It. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (1999) (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti, Roma 2002, pp. 591-630.
- Main M., Hesse H. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant's disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In Greenberg M., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years*. University Chicago Press, Chicago.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago University Press, Chicago.
- Panchieri L., Monticelli F. (2017). Le perversioni sessuali tra psicoanalisi e Teoria Evolutivista della Motivazione. In Liotti G., Fassone G., Monticelli F. (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 221-249.
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press, New York.
- Schacter D.L., Tulving E. (1994). What are the memory systems of 1994?. In *Memory Systems* (1994), ed. Schacter D.L., Tulving E., pp. 1-38. Cambridge, MA: MIT Press.
- Solomon J., George C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations: The origin of caregiving helplessness. In Solomon J., George C. (a cura di), *Disorganized Attachment and Caregiving*. Guilford Press, New York, pp. 25-51.
- Stoller R.J. (1975). *Perversion. The Erotic form of Hatred*. New York: Pantheon.
- Storolow R.D. (1975). The narcissistic function of masochism (and sadism). *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, pp. 441-448.
- Treccani V., Cucci G., Frigieri M. (2019). Attaccamento e sessualità: studio esplorativo delle dinamiche di potere nel Sadomasochismo alla luce della teoria dell'attaccamento. *Rivista di Sessuologia*, 43, 1. Scione Editore Roma, pp. 162-181.
- Vondra J.I., Barnett D. (1999) (a cura di), *Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood among Children at Developmental Risk*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64.
- Wellدون E.V. (2006). *Sadomasochismo, le parole della psicoanalisi*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Winnicott D.W. (1983). Transitional objects and Transitional Phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.

Istruzioni per gli autori

I manoscritti originali devono essere inviati in allegato al seguente indirizzo email:

redazione@cisonline.net

La bibliografia, i titoli delle figure e delle tabelle devono essere in un documento elettronico con interlinea doppia.

Si accettano formati in word (.doc or .docx), OpenDocument Text (.odt), o .rtf file format.

Agli autori è richiesto di essere il più concisi possibile: un manoscritto dovrebbe essere al massimo di 40.000 battute (spazi inclusi); i testi di lunghezza maggiore verranno giudicati in base al merito.

Per poter essere pubblicato un manoscritto:

- 1) Tutti gli autori devono essere d'accordo sull'invio e sulla presentazione dell'articolo.
- 2) Il manoscritto non deve essere stato pubblicato in altre riviste e non deve essere stato inviato contemporaneamente ad altre riviste.
- 3) Se accettato, l'articolo non verrà pubblicato (in qualsiasi formato o lingua), previo invio del consenso informato da parte dell'editor in forma scritta.
- 4) Inoltre, a tutti gli autori è richiesto di indicare tutte le fonti di sostegno economico del progetto, così come altra potenziale fonte di conflitto di interessi.

Linee guida per la STESURA DEL MANOSCRITTO

Lo stile guida per la stesura del manoscritto deve essere l'Apa Style sesta edizione (Publication Manual of the American Psychological Association). I manoscritti che non si conformano a tali norme editoriali non saranno considerati per la revisione fino a che non si modificherà il format in accordo con le linee guida sopra citate.

I contributi andranno scritti in carattere Times New Roman, corpo 11, interlinea singola. Le note in carattere Times New Roman, corpo 9. Figure, tabelle e grafici numerati dovranno essere editati ed inviati in un file separato. Nel testo dell'articolo va indicato il punto in cui dovranno essere inserite figure, tabelle e grafici.

Ogni articolo dovrebbe includere le seguenti sessioni:

- 1) Pagina Titolo:
 - a) Titolo dell'articolo in italiano e in inglese
 - b) Abstract di non oltre 3.000 battute (spazi inclusi) in italiano e in inglese e 4-6 key words in italiano e in inglese
L'abstract deve contenere lo scopo, i metodi, i risultati e le conclusioni della ricerca o del lavoro
- 2) Nel caso di un articolo di ricerca il testo deve essere strutturato come di seguito:
 - a) Introduzione
 - b) Metodo
 - c) Risultati
 - d) Discussione
- 3) Bibliografia: Utilizzare APA Style (Sixth Edition)
- 4) Tabelle: Le tabelle devono essere inviate in formato editabile
- 5) Figure: Le figure devono essere inviate come file digitale in un format comune (ad esempio, TIFF, JPEG or GIF) per una migliore risoluzione dell'immagine.
- 6) In un'ultima pagina andranno riportati, nell'ordine:
 - a) Titolo
 - b) Nome/i e cognome/i dell'autore/i
 - c) Qualifica/che professionali e affiliazioni
 - d) Contatti degli autori, o dell'autore di riferimento: indirizzo postale, indirizzo di posta elettronica, recapito telefonico.
 - e) Fonti di sostegno economico, conflitti di interesse e ringraziamenti

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli saranno sottoposti a peer review sulla base di un precedente screening editoriale e referaggio da parte di due referee anonimi.