



**Università degli Studi di Torino**  
**FACOLTÀ DI PSICOLOGIA**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità

Tesi di Laurea Magistrale

**Sostenere la transizione: standard di cura  
e implicazioni cliniche in un campione di  
pazienti transessuali.**

**Candidato/a**

Silvia Lanunziata

**Relatore**

Ch.mo Prof. Fabio Veglia

**Matricola**

728801

**A. A. 2011/2012**

# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>p.3</b>
<b>1. Un'Introduzione al Disturbo dell'Identità di Genere</b>	<b>p.6</b>
<b>1.1 Il Disturbo nel Manuale Diagnostico-Statistico dei Disturbi Mentali IV</b>	<b>p.6</b>
<b>1.2 Il Disturbo dell'Identità di Genere nel DSM: Inserimento, Evoluzione e Dibattito</b>	<b>p.18</b>
<b>1.3 Origini e Cause del Disturbo dell'Identità di Genere</b>	<b>p.29</b>
<b>2. Un'Introduzione alla Teoria dell'Attaccamento</b>	<b>p.38</b>
<b>2.1 Le Radici della Teoria dell'Attaccamento</b>	<b>p.38</b>
<b>2.2 La Teoria dell'attaccamento</b>	<b>p.44</b>
<b>2.3 L'Adult Attachment Interview</b>	<b>p.57</b>
<b>3 La Teoria dell'Attaccamento nell'Approccio Clinico al Disturbo dell'Identità di Genere</b>	<b>p.70</b>
<b>3.1 Una descrizione del disturbo dell'Identità di Genere attraverso la teoria dell'attaccamento</b>	<b>p.70</b>
<b>3.2 L'approccio clinico al disturbo dell'Identità di Genere e qualche contributo della Teoria dell'Attaccamento</b>	<b>p.77</b>
<b>3.3 Il coinvolgimento del movimento transgender nel percorso di transizione</b>	<b>p.86</b>

<b>4. La Popolazione Transessuale in Transizione: un Campione del C.I.D.I.Ge.M. di Torino</b>	<b>p.89</b>
<b>4.1 Il Progetto</b>	<b>p.89</b>
<b>4.2 Campione, Metodo e Strumenti</b>	<b>p.96</b>
<b>4.3 Risultati</b>	<b>p.98</b>
<b>4.4 Discussione</b>	<b>p.106</b>
<b>4.5 Limiti</b>	<b>p.108</b>
<b>4.6 Conclusioni</b>	<b>p.108</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>p.111</b>

## INTRODUZIONE

La scelta di occuparsi di transessualismo nasce da un incontro casuale, attraverso la partecipazione ad un seminario, dal titolo “Disturbi dell'Identità di Genere”, tenuto dalle dottoresse Damiana Massara e Mariateresa Molo, entrambe della Fondazione Molo. Il seminario si è svolto in maniera complementare al corso “Psicologia e psicopatologia dei processi cognitivi e del comportamento sessuale”, tenuto dal professor Fabio Veglia.

Se non un generico interesse verso i diritti ed una superficiale solidarietà rispetto alla discriminazione che riguarda il mondo LGBTQ, nulla mi avvicinava a questo tema.

La partecipazione al seminario, invece, ha sollevato in chi scrive molti dubbi: era deontologicamente (e ancor più eticamente) corretto sostenere che l'intervento con bambini con identità di genere atipica poteva avere come obiettivo (solo secondario, senza dubbio) la risoluzione dell'incongruenza di genere? È necessario ed utile l'intervento psicologico obbligatorio? Quale relazione terapeutica è possibile quando il supporto psicologico è necessario per ottenere la riattribuzione chirurgica? Ed ancora, è condivisibile avvicinarsi al transessualismo da detentori del sapere scientifico che potrebbero sovradeterminare le vicende esperienziali di coloro che non si riconoscono nell'identità di genere attribuita loro alla nascita?

Per rispondere a questi interrogativi, o quantomeno per avere una visione più ampia rispetto a questa condizione, è stato contattato il Gruppo Luna, del Circolo Maurice di Torino e sono stati intervistati due attivisti. Se la curiosità e l'interesse, dapprima casuali, si sono consolidati ed indirizzati ad un lavoro di approfondimento, provvidenziale ed inattesa è stata la nascita di un progetto di ricerca che coinvolgeva il dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Torino, la Fondazione Molo, ed il Centro Interdipartimentale per i Disturbi dell'Identità di Genere delle Molinette (C.I.D.I.Ge.M.).

La presente tesi, quindi, consta di una parte compilativa, che esamina e descrive la letteratura presente rispetto al Disturbo dell'Identità di Genere, ed una parte sperimentale, che descrive l'utenza che si rivolge al C.I.D.I.Ge.M.

L'obiettivo è quindi duplice: per quanto riguarda la prima parte, fornire una sintesi teorica esauriente rispetto, tanto al Disturbo dell'Identità di Genere, quanto alla teoria dell'attaccamento, ed al tempo stesso e proporsi un approccio cognitivo-costruttivista al Disturbo dell'Identità di Genere; per quanto riguarda la seconda parte, descrivere ed interrogarsi sulle caratteristiche della popolazione transessuale e transgender.

In primo luogo, verrà descritto il Disturbo dell'Identità di Genere, così come esso è inquadrato all'interno del Manuale Diagnostico-Statistico dei Disturbi Mentali, in merito alle sue caratteristiche di prevalenza ed incidenza, differenziazione interna e critiche o proposte di revisione rispetto ai criteri diagnostici. Verrà poi ripercorsa l'evoluzione diagnostica del Disturbo dell'Identità di Genere, criticizzandone l'inserimento e la permanenza all'interno del DSM-IV e V. Inoltre, si tratteranno le possibili cause eziologiche ed ipotesi patogenetiche ad oggi proposte.

In secondo luogo, si individuerà il punto di osservazione dal quale ci si vuole collocare, la teoria dell'attaccamento. Verranno individuate le influenze teoriche (la psicanalisi oggettuale, la cibernetica, l'etologia, la teoria dell'elaborazione delle informazioni, la teoria evoluzionistica) e personali (Robertson, Hinde, Burt, Lane, Blatz) che hanno contribuito alla teoria dell'attaccamento e verranno esposti sinteticamente i principali concetti teorici (sistemi motivazionali, in particolare quello dell'attaccamento, la Strange Situation ed i pattern di attaccamento, ed i modelli operativi interni). Inoltre, si descriverà l'Adult Attachment Interview, tra i test che verranno utilizzati in futuro nel progetto di ricerca.

Nel terzo capitolo si esaminerà la letteratura sul Disturbo dell'Identità di Genere a partire dalla teoria dell'attaccamento. Questa parte si configura di particolare interesse poiché si tratta di un'area ancora poco indagata e integrata. Si

delineeranno poi le linee guida per l'intervento clinico promosse dalla World Professional Association for Transgender Health e dall'Osservatorio Nazionale per l'Identità di Genere e se ne discuteranno le implicazioni operative. Le riflessioni sulla eteronormatività e sul binarismo di genere fungono, invece, da raccordo verso il punto di vista delle associazioni transgender.

La prima parte del presente lavoro si basa su un accurata revisione della letteratura, sia inerente al Disturbo dell'Identità di Genere, sia alla Teoria dell'attaccamento, attraverso periodici, riviste, libri e banche dati, con l'obiettivo di fornire una base teorica sistematizzata e coerente al progetto di ricerca.

Il quarto capitolo, infatti, presenterà i dati preliminari di uno studio longitudinale al quale stanno partecipando gli utenti del C.I.D.I.Ge.M. Si fornirà una descrizione socio-anagrafica del campione, individuandone le caratteristiche principali e mettendole in relazione ad altri campioni, italiani o stranieri. Il campione è costituito da 125 soggetti, che si sono rivolti al C.I.D.I.Ge.M. per ottenere l'autorizzazione alla riassegnazione chirurgica del sesso, oppure assistenza psicologica nell'esplorazione della propria identità di genere, dal 2005 al 2012. È stato realizzato, a tale fine, un database con il programma SPSS 18, attraverso il quale sono state immagazzinate ed elaborate le informazioni presenti nelle cartelle cliniche dei pazienti del Ci.D.I.Ge.M.

# CAPITOLO 1

## UN'INTRODUZIONE AL DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE

### 1.1 Il disturbo nel Manuale Diagnostico-statistico dei Disturbi Mentali- IV

Il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) è descritto come “una intensa e persistente identificazione con il sesso opposto” (American Psychiatric Association, 2000 p. 615), associata al desiderio di vivere come membro dell'altro sesso, in assenza di anomalie fisiche (Bandini, Fisher, Lo Sauro, Buci, Ricca, Maggi, Forti, Faravelli, 2008).

La comprensione di tale disturbo necessita di alcune premesse terminologiche, che permettano di definire alcuni aspetti costituenti l'identità umana. Da Freud in avanti, infatti, la sessualità è stata considerata organizzatrice dell'identità, della coscienza e della personalità (Veglia, 2004).

Bandini et al. (2008) hanno individuato tre componenti della psicosessualità: “l'identità di genere”, “il ruolo di genere” e “l'orientamento sessuale”.

Il concetto di “ruolo di genere” fa riferimento ai comportamenti attribuiti da una società agli appartenenti ad uno o all'altro sesso biologico, e quindi alle aspettative rivolte agli appartenenti all'una o all'altra categoria.

L'“identità di genere” indica il senso di sé come uomo o come donna, esperito dal soggetto, e che si estrinseca attraverso il ruolo di genere assunto.

Drescher (2010) ha esemplificato il rapporto tra questi due concetti attraverso le posizioni di Money, che “arriva a vedere l'identità di genere come l'esperienza privata del ruolo di genere ed il ruolo di genere come la manifestazione pubblica dell'identità di genere”<sup>1</sup> (Drescher, p.438).

---

<sup>1</sup> La traduzione è nostra.

Infine, l'“orientamento sessuale” riguarda lo stimolo sessuale a cui risponde il soggetto, in particolare il sesso del partner. Dagli anni '50 in poi, grazie ai lavori sulla sessualità umana di Kinsey, l'orientamento sessuale non viene considerato come dicotomico ma lungo un continuum, all'interno del quale si collocano le definizioni “omosessuale”, “bisessuale”, “eterosessuale”.

Storicamente, il rapporto tra identità di genere ed omosessualità è molto ravvicinato ed è esitato alternativamente nella combinazione tra i due concetti oppure nella loro separazione (Drescher, 2010). Tale interrelazione verrà analizzata approfonditamente, poiché costituisce un elemento basilare nel dibattito rispetto all'inserimento del Disturbo dell'Identità di genere nella classificazione diagnostica attuale.

Il Disturbo dell'Identità di genere è inserito all'interno del Manuale Diagnostico-statistico dei Disturbi Mentali IV-TR (DSM-IV TR, APA, 2000) e ne sono state descritte tre tipologie, con differenti criteri diagnostici, in base all'età (infanzia, adolescenza, età adulta) e quattro in base all'orientamento sessuale del soggetto (sessualmente attratto da maschi, da femmine, sia da maschi che da femmine, non attratto sessualmente né da maschi né da femmine). Inoltre è stata prevista una categoria per coloro che non soddisfano tali requisiti, vale a dire il Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato.

Esiste una notevole varietà all'interno dei soggetti inclusi in questa categoria; innanzitutto, il disturbo è tre volte più presente tra individui di sesso maschile<sup>2</sup> che vivono la loro identità di genere come femminile (MtF) (Bandini et al., 2008). Dettore (2005) ha ipotizzato una maggiore vulnerabilità biologica maschile, attribuendola ad uno sviluppo più complesso del feto maschile; sono stati presi inoltre in considerazione fattori sociali, quali una maggiore tolleranza dei coetanei nel caso di FtM, fatto che potrebbe ridurre le segnalazioni cliniche.

Inoltre i costi per le riassegnazioni chirurgiche del sesso (RCS), nei casi di FtM sono maggiori, a fronte di un risultato estetico e funzionale peggiore.

---

2 Le conclusioni raggiunte in merito alla sex ratio dalla comunità scientifica non sono univoche. Se il dato più condiviso è di 3:1 per i MtF rispetto alle FtM, vi sono dati che depongono a favore di un maggiore distanza o vicinanza tra le due condizioni (Dettore 2005, Cohen-Kettenis-Gooren, 1999).



Il gruppo FtM (female to male) è più omogeneo al suo interno ed è composto da soggetti che mostrano, sin dall'infanzia, un'identità transessuale ed un'elevata sofferenza rispetto al loro sesso genotipico, mentre all'interno del gruppo MtF sono stati individuati due sottogruppi, costituiti rispettivamente da soggetti con forte identificazione transessuale sin dall'infanzia (transessualismo primario), e da coloro che sviluppano l'identità transessuale in periodo post-puberale, con altre condizioni associate e con un orientamento sessuale più vario (Bandini et al., 2008).

A proposito dell'orientamento sessuale Bower (2001) ha sostenuto che sia più frequente che le FtM siano attratte da donne, mentre all'interno dei MtF vi è maggiore variabilità. Circa i due terzi, comunque, sono attratti da uomini.<sup>3</sup>

Dati relativi all'incidenza ed alla prevalenza di tale fenomeno sono difficilmente ricavabili. Innanzitutto ci si può interrogare, facendo riferimento a Dettore (2005), su quali soggetti siano da prendere in considerazione: coloro che mostrano *gender variance*<sup>4</sup>, coloro che si rivolgono a centri clinici a causa della loro disforia di genere<sup>5</sup>? Potrebbe essere utile concentrarsi su coloro che, oltre all'incongruenza mostrano disforia di genere e quindi si avvicinano al percorso di transizione chirurgica, ma in tal caso bisognerebbe includere coloro che hanno già effettuato la RCS, coloro che sono in attesa o coloro che mostrano l'intenzione di intraprendere tale percorso? E coloro che non decidono di intraprendere la RCS per motivi economici, medici o personali, come verranno considerati (Dettore, 2005)?

Accertata la parzialità dei dati esistenti, l'incidenza è stimata tra lo 0,14 e lo 0,58 casi ogni 100.000 adulti, a seconda del paese<sup>6</sup> e del periodo di riferimento (Dettore, 2005), mentre la prevalenza è di 1 maschio adulto su 30.000 e di 1

---

3 Per una descrizione molto accurata sulle diverse condizioni cfr. Dettore, 2005.

4 Utilizzeremo questo termine, in accordo con Meyer-Bahlburg (2010), per riferirci a tutti quegli individui con comportamenti di genere o presentazione di sé atipici.

5 Nell'accezione di Meyer-Bahlburg (2010), v. nota 9.

6 I dati nazionali in nostro possesso si riferiscono al Centro SAIFIP dell'Ospedale San Camillo di Roma, al quale si sono rivolte oltre 500 persone dal 1992 al 2004 (Bandini et al. 2008).

femmina adulta su 100.000 (APA, 2000)<sup>7</sup>.

Il Disturbo dell'Identità di Genere è stato, e continua ad essere, oggetto di dibattito tra gli studiosi e le comunità di attivisti transgender<sup>8</sup>, sia in merito all'analisi dei criteri diagnostici che rispetto all'opportunità di inserire tale diagnosi nel DSM, aspetto che verrà approfondito nel paragrafo 1.2.

I criteri diagnostici per adulti, riportati in tabella 1.1., sono stati oggetto di riflessione relativamente alle similarità e differenze tra i termini Transessualismo e Disturbo dell'Identità di Genere ed alla difficoltà di coprire la variabilità dei fenomeni di gender variance. Inoltre ci si è interrogati sull'opportunità del ricorso a pratiche intrusive per la verifica della condizione intersesso e sulla necessità, ai fini della diagnosi, della presenza di disagio significativo e compromissione nel funzionamento sociale o lavorativo. Infine, sono state espresse perplessità sulla formulazione dei criteri poiché la diagnosi continua ad essere applicabile a coloro che si sono sottoposti alla riassegnazione chirurgica del sesso. (Cohen-Kettenis & Pfäfflin 2010).

Tabella 1.1 Criteri Diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere nel DSM-IV TR	
A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio	Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi: 1. desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso

7 Sia la stima di incidenza che quella di prevalenza si basano su coloro che richiedono un trattamento e non descrivono tutti i fenomeni di gender variance o di disforia di genere.

8 La parola "transgender" può avere diverse accezioni. Drescher (2010) attribuisce a Virginia Prince l'origine del termine, utilizzato per descrivere coloro che vivono quotidianamente secondo un genere che non concorda con i loro genitali. Un significato più ampio è quello di Devor, riportato da Drescher (2010). In questo caso si fa riferimento ad un'ampia gamma di condizioni sessuali e di genere che possono includere eterosessuali, lesbiche, gay, *queer* e transessuali. In questo lavoro il termine transgender verrà utilizzato nell'accezione di Devor. Si utilizzerà invece l'espressione "transessuale" per riferirsi a coloro che "desiderano vivere o vivono permanentemente nel ruolo sociale del sesso opposto e che vogliono sottoporsi alla riassegnazione chirurgica del sesso" (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999).

<p>culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto)</p>	<p>2. nei maschi, preferenza per il travestitismo o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili</p> <p>3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto</p> <p>4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto</p> <p>5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.</p> <p>Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, o di farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso</p>
<p>B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso</p>	<p>Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione di disgusto verso i propri genitali, o speranza che essi scompaiano, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, rifiuto nei confronti della crescita del seno e nei confronti del ciclo mestruale, speranza che i genitali diventino di tipo maschile, avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale</p>

	Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali e/o convinzione di essere nati del sesso sbagliato
C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale	
D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale o lavorativa	
American Psychiatric Association (2000)	

Nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) il termine "Transessualismo" indicava una precisa categoria diagnostica, caratterizzata da una persistente preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali e di acquistare quelle del sesso opposto, a differenza del DSM-IV TR (APA, 2000), dove viene sostituito dal Disturbo dell'Identità di Genere, per la cui diagnosi è ritenuta sufficiente la presenza anche di un solo elemento di ciascun criterio.

Considerando lo stretto legame esistente tra la diagnosi di Transessualismo o Disturbo dell'Identità di Genere e le procedure ormonali e chirurgiche per la riassegnazione del sesso, e tenendo conto della necessità per i clinici di individuare correttamente coloro la cui condizione necessita di tale trattamento, sembra che la configurazione dei criteri del DSM-IV non possa essere considerata discriminante a tale fine. La criticità, individuata da Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2010), risiede nel fatto che tale diagnosi è l'elemento fondante su cui si basa una

procedura drastica e permanente, ed è quindi necessario che sia il più inequivocabile possibile, oppure che venga esplicitato che il Disturbo dell'Identità di Genere nel DSM-IV comprende molto più del Transessualismo. Si auspica quindi una considerazione multidimensionale e graduata della gender variance.

Il criterio C prevede, ai fini della diagnosi, l'esclusione della presenza di una condizione intersesso, la quale, hanno suggerito Cohen-Kettenis e Pfäfflin, dovrà essere accertata senza l'ausilio di tecniche invasive, a meno che non vi sia il sospetto della sua esistenza, che andrebbe, invece, accertata nell'interesse del paziente.

Ancora aperto è il dibattito sulla intrinsecità del disagio nella condizione di Disturbo dell'Identità di Genere e sulle relazioni causali con le difficoltà in ambito relazionale e sociale.

Infine, la strutturazione attuale dei criteri rende anche coloro che si sono già sottoposti ad un intervento di RCS suscettibili di diagnosi di DIG, poiché i criteri fanno riferimento al sesso di nascita che continuerà ad essere contrario a quello desiderato.

In merito al linguaggio, Wilson (1997) ha sostenuto che esso appaia contraddittorio e sessista. Contraddittorio poiché, se l'Introduzione al DSM-IV sostiene che non possono essere considerati disturbi mentali comportamenti devianti o conflitti che riguardano in primo luogo il rapporto tra individuo e società (APA, 2000), nella sezione sui disturbi dell'identità di genere essi vengono riconosciuti come tali sulla base del “grado e della pervasività dei desideri, degli interessi e delle attività proprie del sesso opposto” (cit. in APA, 2000, p. 587). La non conformità rispetto ai ruoli di genere è quindi possibile, ma non è concesso deviare eccessivamente dalle aspettative sociali.

Sessista poiché, sia per la categoria del feticismo transessuale, applicabile solo ad uomini eterosessuali, che per la categoria del DIG, è prevista maggiore conformità di genere per gli uomini piuttosto che per le donne. Ciò, ha affermato Wilson, non solo riflette ma anche promuove una concezione gerarchica dei sessi, per la quale è desiderabile (e quindi non patologico) per una donna emulare un

uomo mentre è indesiderabile (e quindi patologico) il contrario.

La modifica dei criteri è stata proposta da Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2010) e da Meyer-Bahlburg (2010); i primi hanno individuato due opzioni. Una possibilità è quella di rendere i criteri più rigidi, tornando alla dicotomia presente nel DSM-III. Ciò significherebbe attribuire la diagnosi solo alle condizioni transessuali e non diagnosticare o includere nella classificazione “Non altrimenti Specificato” altre gradazioni di disforia di genere<sup>9</sup> ma al tempo stesso, potrebbe non comprendere la varietà di tale condizione. Gli autori hanno proposto, in alternativa, di nominare tale categoria diagnostica “disforia di genere”, in modo da includere differenti gradazioni e da rendere esplicito che non necessariamente è implicata la RCS.

Meyer-Bahlburg, invece, ha individuato cinque opzioni, vale a dire: mantenere la classificazione attuale, ridurre la categoria diagnostica a coloro che hanno vissuti disforici o che si sono già sottoposti a RCS, inserirla nei disturbi medici o neurologici, rimuoverla dal DSM o prevedere una categoria speciale per le varianze di genere.

I vantaggi del mantenimento di tale categoria sarebbero la garanzia della copertura assicurativa necessaria al percorso di transizione e delle tutele legali come disabilità<sup>10</sup>. D'altra parte, ciò implicherebbe la classificazione di soggetti che non hanno vissuti disforici né psicopatologie associate. Inoltre potrebbe giustificare, secondo l'autore, sentimenti discriminatori. La seconda proposta è quella di ridurre l'ampiezza diagnostica, includendovi soltanto coloro che vivono con disagio la loro condizione, escludendo coloro che si sono già sottoposti alla RCS e coloro che non rifiutano le proprie caratteristiche fisiche sessuali, per i quali viene proposto il termine “discordanza di genere”.

---

9 Cohen-Kettenis & Pfäfflin utilizzano le espressioni “disforia di genere” e “gender variance” come sinonimi. Nel resto del testo, invece, verranno differenziate e, seguendo la concettualizzazione di Fisk (citato in Zucker, 2010, p. 489), si intenderà per disforia di genere il senso di disagio connesso al ruolo di genere del proprio sesso biologico ed il desiderio di possedere il corpo del sesso opposto.

10 In alcuni stati statunitensi il Disturbo d'Identità di Genere è considerato una disabilità, suscettibile di tutele antidiscriminatorie (cfr. <http://www.utexas.edu/diversity/ddce/gsc/faqtransgender.php> ).

Meyer-Bahlburg ha proposto, in alternativa, di classificare il Disturbo dell'Identità di Genere come un disturbo medico-neurologico, sulla base dei recenti studi neuroanatomici e di brain imaging (Kruijver, Zhou, Pool, Hofman, Gooren, Swaab, 2000; Zhou, Hofman, Gooren, Swaab, 1995; García-Falgueras, Swaab, 2008; Luders, Sánchez, Gaser, Toga, Narr, Hamilton et al., 2009). In realtà non vi sono evidenze empiriche sufficienti ed inoltre il trasferimento in ambito medico del disturbo sarebbe incongruente per coloro che, non avendo una condizione intersesso, apparirebbero fisicamente sani, ed al tempo stesso inadeguato, poiché gli endocrinologi ed i chirurghi non sono adeguatamente formati per relazionarsi con gli individui con DIG e con i loro familiari.

Un'altra opzione presa in considerazione è quella di eliminare il DIG dal DSM, ma ciò potrebbe avere conseguenze negative, ai fini della copertura assicurativa e per la potenziale frammentazione delle tutele legali.

L'ultima opzione, quella che l'autore sembra suggerire, è di modificare la denominazione in “incongruenza di genere”, sottolineando la non corrispondenza tra l'esperienza e l'espressione di genere e le proprie caratteristiche fisiche sessuali.

L'obiettivo di questa formulazione è ridurre lo stigma<sup>11</sup> connesso alla condizione transessuale e di garantire al tempo stesso il trattamento sanitario.

Inoltre, non è considerato necessario il senso di disagio esperito dall'individuo o la sua compromissione funzionale.

Come accennato precedentemente, la descrizione del disturbo prevede criteri differenti per i bambini, anch'essi oggetto di riflessione teorica in relazione alla loro idoneità ed adeguatezza.

Nel Disturbo dell'Identità di Genere nel bambino vi sono due indicatori clinici, il criterio A, vale a dire la forte e persistente identificazione *cross-gender*, che viene considerato soddisfatto se sono presenti 4 dei sotto-criteri, ed il criterio

---

<sup>11</sup> Meyer-Bahlburg (2010) riporta uno studio di Winter del 2009 che indaga il rapporto esistente tra il considerare i transessuali come mentalmente disturbati ed il conseguente stigma. Winter ritiene, a partire dai risultati del suo studio, che lo stigma possa essere collegato all'etichettamento di disturbo mentale ma non è chiaro fino a che punto esso possa invece essere attribuito semplicemente a comportamenti di genere atipici.

B, vale a dire il persistente malessere rispetto al proprio sesso, che viene considerato soddisfatto se sono presenti due sotto-criteri (tabella 1.1).

Nei sotto-criteri di entrambi i punti sono presenti differenti caratterizzazioni tra il sesso maschile e femminile.

Ad esempio, nel sotto-criterio A2 vi è una formulazione differente per maschi e femmine, così come nel criterio B, per quanto riguarda le attività *di cross-dressing*; secondo Zucker (2010), ciò indicherebbe delle differenze di manifestazione clinica del comportamento. I maschi sembrerebbero avere un rifiuto minore dell'abbigliamento tipico del proprio sesso, circoscrivendo i comportamenti cross-dressing ad ambienti in cui ciò sia permesso, mentre le femmine mostrerebbero un atteggiamento molto più inflessibile rispetto all'indossare abiti del proprio sesso. Sembra che i maschi debbano avere maggiore conformità rispetto al genere di quella che è richiesta alle femmine (Wilson, 1997).

Un altro ambito di riflessione ha riguardato la confluenza di comportamenti cross-gender e di disforia di genere all'interno dello stesso criterio.

Infatti Zucker (2010) ha affermato che il criterio A contenesse in sé due aspetti: l'identità cross-gender (il desiderio di essere dell'altro sesso) nel criterio A1, ed i comportamenti connessi ad un dato ruolo di genere, A2-A5. Ciò significa che si potrebbe giungere alla diagnosi di DIG solo soddisfacendo i criteri A2-A5, cioè solo per la presenza di comportamenti cross-gender. Secondo Bartlett (cit. in Zucker, 2010, p. 484) il punto A potrebbe coinvolgere due sottogruppi di bambini: coloro che esprimono identità cross-gender e comportamenti cross-gender e coloro che esprimono un comportamento cross-gender senza la relativa identificazione. È quindi stato analizzato il rapporto tra le due componenti e sembra essere stato confermato che il grado di comportamento cross-gender aumenta in relazione alla frequenza dell'espressione del desiderio di essere dell'altro sesso. Sono stati quindi individuati casi soglia e casi sotto-soglia che, secondo Zucker, mostrano in maniera efficace, la variabilità interna alla condizione. La criticità, secondo Wilson (1997), risiede nella possibilità di



diagnosticare un Disturbo dell'identità di genere senza che il bambino abbia mai espresso il desiderio di essere dell'altro sesso. Infatti, Zucker ha individuato una correlazione tra l'età del bambino e l'espressione di tale desiderio: bambini più grandi, per ragioni di desiderabilità sociale, non dichiarano il loro desiderio di voler essere femmine; sembra che, per ragioni culturali, la desiderabilità sociale di appartenere al sesso femminile sia minore.

Il criterio D, uguale per bambini ed adolescenti ed adulti, necessita l'esplicitazione di che cosa si intende per disagio o compromissione; Zucker sembra propendere, per quanto riguarda il disagio, per una definizione che riguardi lo scontento di essere un maschio o una femmina rispetto ad una insoddisfazione prettamente anatomica. Per quanto riguarda la compromissione, sembra interpretarla come il prodotto dello stigma sociale piuttosto che della persona in sé. In ogni caso si raccomanda di proseguire e migliorare l'operalizzazione di tali costrutti.

Infine, Zucker ha sottolineato la necessità di maggiore attenzione agli aspetti verbali, poiché molti termini usati (“ripetutamente”, “forte”, “intensa”) dovrebbero essere definiti esplicitamente per non lasciare spazio a diverse ipotesi interpretative.

Sulla base di queste problematiche sono state ipotizzate alcune revisioni. Richardson (cit. in Meyer-Bahlburg, 2010, p. 470) ha proposto di effettuare diagnosi di DIG nei bambini, soltanto qualora i comportamenti cross-gender vengano messi in atto in modo patologico, vale a dire compulsivamente, o in maniera triste, rabbiosa o ansiosa, o ancora in maniera dissociativa. Meyer-Bahlburgh ha però rilevato che l'esistenza di tali bambini non è ancora stata documentata.

Un'altra ipotesi riportata dall'autore è quella di eliminare il disturbo per i bambini ma conservarlo per gli adulti, poiché questi ultimi necessitano di trattamenti medici-chirurgici. Non è stata considerata valida neppure questa opzione, poiché, non sono state individuate differenze clinicamente significative tra le due condizioni ed inoltre si sta diffondendo l'utilizzo di tecniche per il

blocco della pubertà tra i bambini.

Bower (2001) ha suggerito di attribuire maggiore enfasi alle identificazioni cross-gender e di attività di cross-dressing prima della pubertà, riconoscendo quindi una differenza importante tra il transessualismo primario e secondario.

Infine, Zucker ha proposto tre opzioni, delle quali ha analizzato vantaggi e svantaggi, giungendo alla sua proposta verso il DSM-V.

La prima ipotesi è quella di non modificare gli attuali criteri, poiché la loro validità discriminatoria e la possibilità di diagnosi sotto-soglia li rende clinicamente validi; il limite di tale opzione risiede, invece, nella possibilità di fare diagnosi di DIG anche in assenza di espressione del desiderio di cambiare sesso, includendo, quindi, soggetti non patologici.

Altra opzione proposta è quella di eliminare gli indicatori di comportamenti esteriori, poiché non necessariamente essi indicano insoddisfazione rispetto al proprio sesso biologico. La proposta sarebbe quindi quella di sostituirli con altri indicatori che valutano, in maniera più approfondita, la disforia di genere.

L'opzione per la quale sembra propendere Zucker è quella di modificare il criterio A<sup>12</sup>, di modo che non sia possibile fare diagnosi senza la presenza del criterio A1, cioè che si possa sostenere di essere in presenza di DIG soltanto nel momento in cui viene esplicitato il desiderio di appartenere all'altro sesso, e non solo in presenza di comportamenti cross-gender. Per evitare che coloro che non esprimono tale desiderio per ragioni culturali, ma che comunque sono affetti dal disturbo, non vengano diagnosticati si fa riferimento alla categoria diagnostica "Non Altrimenti Specificato".

Infine, Zucker ha fornito ulteriori indicazioni: aggiungere una dimensione temporale alla diagnosi (nella fattispecie suggerisce sei mesi di permanenza dei sintomi) e tener conto della specificità culturale della diagnosi, ponendo cautela nell'applicazione in contesti non occidentali.

---

12 Per la proposta di Zucker, completa di tutti i sotto-criteri cfr. Zucker (2010).

## **1.2 Il Disturbo dell'Identità di Genere nel DSM: inserimento, evoluzione e dibattito**

Il Disturbo dell'Identità di Genere compare per la prima volta nel Manuale Diagnostico-statistico dei disturbi mentali nel 1980, all'interno della terza edizione. Erano previste tre categorie diagnostiche, il Disturbo dell'Identità di Genere nell'Infanzia, il Transessualismo ed il Disturbo Psicosessuale non Altrimenti Classificato. La collocazione è all'interno dei Disturbi Psicosessuali. Nel DSM-III-R, pubblicato nel 1987, le entità diagnostiche diventano quattro: Disturbo dell'Identità di Genere nell'Infanzia, Transessualismo, Disturbo dell'Identità di Genere nell'adolescenza e nell'Età Adulta, il Disturbo dell'Identità di Genere di Tipo Non Transessuale e Disturbo dell'Identità di Genere non Altrimenti Specificato.

La sezione all'interno della quale vengono inseriti è denominata “Disturbi di solito evidenti nell'Infanzia e nell'Adolescenza. Nel DSM-IV e IV-TR, pubblicati rispettivamente nel 1994 e nel 2000, viene descritto il Disturbo dell'Identità di Genere, con criteri differenziati per bambini ed adolescenti ed adulti, e il Disturbo dell'Identità di Genere non Altrimenti Specificato. Vengono qui inseriti all'interno dei Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere.

All'interno del DSM-IV-TR è stata inserita anche l'entità diagnostica “autoginefilia”, definita da Blanchard (citato in Lawrence, 2011 p. 652 ) come “un'eccitazione sessuale al pensiero o per l'immaginazione di avere un corpo femminile oppure di assomigliare ad una donna”<sup>13</sup>. Tale definizione è importante ai fini della distinzione tra Transessualismo Primario e Secondario e, nelle considerazioni di Lawrence (2011), per la rilevanza clinico-diagnostica del disturbo.

---

13 Traduzione nostra.

Gli aspetti centrali del costrutto, presenti in ogni edizione, dal DSM-III al DSM-IV-TR, sono l'identificazione con l'altro sesso ed un senso di insoddisfazione o rifiuto per il proprio sesso biologico.

L'evoluzione storica e diagnostica del Disturbo dell'Identità di Genere è stata frequentemente analizzata unitamente a quella dell'omosessualità, con l'obiettivo, non solo di individuarne similarità e differenze, ma soprattutto di interrogarsi sui nodi critici di tale classificazione clinica.

Fino al DSM-II, pubblicato nel 1968, la categoria diagnostica alla quale affluivano il travestitismo e l'omosessualità erano le parafilie; nel DSM-III, invece, l'omosessualità scompare ma rimane il travestitismo, denominato Feticismo di Travestimento ed inserito nei disturbi sessuali. Come descritto precedentemente, altra collocazione hanno i Disturbi dell'Identità di Genere.

L'espulsione dell'omosessualità dal DSM riflette un cambiamento culturale e politico, che permette di superare la medicalizzazione di tale condizione, sostenuta da Cory (citato in Drescher, 2010). Secondo Cory, infatti, era necessario permettere ai medici di occuparsi dell'omosessualità e, agli omosessuali che lo volessero, di ricercare un cambiamento della loro condizione. Tale visione, ha affermato Drescher, si va estinguendo dopo i disordini di Stonewall del 1969, a partire dai quali i movimenti omofili diventano di “liberazione gay” e rifiutano la concezione medica dell'omosessualità. Ciò non avvenne per il movimento transgender poiché, essendo pressante l'esigenza di trattamenti medico-chirurgici, non venne posta in discussione l'inclusione del Transessualismo all'interno del DSM-III.

Drescher (2010) ha analizzato, parallelamente, le differenze esistenti tra le due condizioni. Dal 1974 l'APA ha emesso una serie di documenti che esponevano la sua posizione di supporto al riconoscimento dei diritti civili delle persone omosessuali<sup>14</sup>, che non ha avuto corrispondenti per quanto riguarda le persone transgender. Una possibile spiegazione è da rintracciarsi nella presenza minima e

---

<sup>14</sup> Ricordiamo le dichiarazioni contro la discriminazione sul lavoro, nell'accesso ad un'abitazione, nell'ingresso nelle forze armate, contro le terapie riparative, a supporto dell'uguaglianza matrimoniale.

poco visibile di psichiatri transgender all'interno dell'APA e nella associazione, vicina all'APA, di psichiatri gay e lesbiche.

Un tentativo è stato fatto dal Comitato sulle Questioni Gay, Lesbiche e Bisessuali che ha steso, nel 1997, una serie di raccomandazioni, non ancora pubblicate, che auspicano la creazione di una task force che si occupi della confusione sulle diagnosi di DIG<sup>15</sup>, ma non sembra che vi siano state realizzazioni di tali propositi.

All'interno del movimento *queer* e degli accademici che condividono questa teoria (Drescher, 2010), è stato ipotizzato che tale entità diagnostica fosse stata inserita per prevenire l'omosessualità adulta. Bandini et al. (2008), in effetti, ha asserito che la maggior parte dei bambini con Disturbo dell'Identità di Genere non conserveranno tale condizione, ma esiteranno in orientamento sessuale omosessuale.

Zucker e Spitzer (2005) hanno avanzato tre obiezioni; in primo luogo, hanno sostenuto l'inutilità di tale inserimento ai fini della diagnosi di omosessualità, poiché all'interno del DSM-III era ancora presente la diagnosi di omosessualità ego-distonica, scomparsa poi nel DSM-III R. In secondo luogo hanno evidenziato che in tutte le edizioni successive del DSM, fino a quella attuale, è presente l'entità diagnostica “disturbo sessuale non altrimenti specificato”, categoria che può essere utilizzata per coloro che mostrano “persistente ed intenso disagio riguardo all'orientamento sessuale” (APA, 2000, p. 623).

Infine, molti di coloro che hanno suggerito di eliminare l'omosessualità come disturbo dal DSM-II erano, al tempo stesso, membri del comitato che ha suggerito l'inclusione del DIG nel DSM-III. Zucker e Spitzer hanno ritenuto poco plausibile che gli stessi clinici che avevano dato il loro sostegno all'eliminazione dell'omosessualità dal DSM, avessero come obiettivo finale il suo reinserimento in maniera ambigua. D'altra parte, non si può negare l'esistenza o di genitori di

---

15 Altri punti di tali raccomandazioni sono: la documentazione di possibili abusi di diagnosi di DIG che devono essere portate all'attenzione del Comitato Etico, una distinzione chiara tra DIG ed omosessualità, la separazione delle diagnosi di DIG in adulti ed adolescenti e bambini e la messa in atto di un maggior dialogo con i membri delle comunità transgender.

bambini con DIG che richiedono, o di clinici che offrono, trattamenti con l'obiettivo di prevenire l'omosessualità in età adulta.

Una ricostruzione storica diversa è quella di Meyer-Bahlburg (2010), che ha rintracciato l'origine del percorso che porta all'eliminazione dell'omosessualità dal DSM nella scoperta, ad opera di Evelyn Hooker, dell'esistenza di omosessuali con un buon funzionamento. Dagli anni '50, quindi, si dipana un lungo percorso che ha come esito il riconoscimento che gli omosessuali possono non avere compromissioni funzionali ed essere soddisfatti della propria condizione. È così che viene introdotto il criterio della compromissione funzionale e del disagio nella diagnosi dei disturbi mentali. Wilson (1998) si è interrogata proprio sull'adeguatezza di tale criterio nel Disturbo dell'Identità di Genere. A suo avviso non è chiara la relazione causale esistente tra il disturbo ed il disagio e la compromissione. Infatti, questi ultimi potrebbero essere causati dall'ambiente e dalla stigmatizzazione sociale. Inoltre i due costrutti non sono definiti in maniera chiara nel DSM e ciò può portare a valutazioni non univoche da parte dei clinici (Wilson, 1997). In realtà il disagio e la compromissione funzionale dovrebbero basarsi su una deviazione rispetto al funzionamento normale o sulla presenza di psicopatologia associata (Wilson, 1997) ma non abbiamo dati che supportino un legame causale tra le psicopatologie associate al GID che escluda l'influenza di fattori ambientali e sociali. Infatti, Meyer-Bahlburg ha sostenuto che i bambini, inizialmente, mostrino unicamente “temperamento di genere atipico” (Meyer-Bahlburg, 2010, p. 467), che diventa disforia a seguito di comportamenti oppositivi da parte degli adulti o stigmatizzanti da parte dei pari. Rispetto alla relazione con questi ultimi, l'autore si è opposto a coloro che considerano problematiche le relazioni sociali con membri dell'altro sesso; egli ha ricordato che la segregazione di genere nei bambini è normativa e non desta sorpresa che i bambini con incongruenza di genere interagiscano maggiormente con coloro che mettono in atto comportamenti simili ai propri, anche se di sesso diverso. D'altra parte, se il disagio non è insito nella condizione, come è possibile legittimare la RCS in coloro che non mostrano sofferenza?

É vero, inoltre, che gli individui con DIG tendono ad avere un maggior numero di psicopatologie associate, tra le quali ansia, isolamento, depressione, disturbi personalit , comportamenti a rischio legati alla prostituzione (Bower, 2001) e ad essere pi  infelici (Lawrence, 2011). Nuovamente, bisognerebbe comprendere se le psicopatologie associate trovano la loro ragion d'essere nel DIG o se derivano da altre cause. A tale proposito Meyer-Bahlburg (2010) ha descritto un'ampia variet  di condizioni rispetto alla presenza di psicopatologie; i bambini solitamente non hanno psicopatologie associate, che sono invece presenti in alcuni adolescenti ed adulti in attesa di RCS, per poi diminuire dopo tale evento. Inoltre, se attribuiamo anche solo parte dei fenomeni psicopatologici a cause esterne di tipo ambientale, possiamo ammettere la presenza di diversi gradi di capacit  di coping tra i soggetti con DIG, cos  come avviene all'interno della popolazione generale. In ogni caso Meyer-Bahlburg ha sostenuto che esistano altre condizioni, all'interno del DSM che si fondano su eventi esterni, come ad esempio il Disturbo Post-traumatico da Stress, ma l'origine esterna non ne impedisce la presa in carico da parte dei professionisti della salute. Il consiglio e l'obiettivo, in ogni caso, deve essere quello di tentare di fondare il DIG su se stesso e non sulla presenza di psicopatologie associate.

La discussione rispetto all'inserimento del DIG all'interno dei Manuali Diagnostico-statistici risente dell'influenza delle riflessioni filosofiche sul concetto di genere, che, a partire da Foucault, viene concepito come frutto di costruzioni sociali. Il genere   quindi frutto di discorsi, linguaggi e di relazioni di potere e “non   una propriet  dei corpi o qualcosa che esiste in origine negli esseri umani, ma l'insieme degli effetti prodotti nei corpi, nei comportamenti e nelle relazioni sociali da una complessa tecnologia politica”.<sup>16</sup> Il *gender constructivism*, di cui   teorica Judith Butler, postula l'esistenza di un continuum sul quale si collocano anche le identit  transgender. (Bandini et al., 2008). Ed a questo proposito sembra interessante citare Lev che ha affermato che “il transgenderismo costituisce una variante normale e potenzialmente sana dell'espressione umana” e

---

<sup>16</sup> Foucault M. (1976), citato in Gelli B., (2009), Psicologia delle Differenze di Genere. Soggettivit  femminili tra vecchi pregiudizi e nuova cultura.

che la sofferenza connessa a tale stato è da imputare alla difficoltà di “adattarsi e di far fronte a una cultura insostenibile”.<sup>17</sup>

Si tratta quindi di una condizione psicopatologica o di una normale variabilità della condizione umana? A questo interrogativo ha tentato di rispondere Meyer-Bahlburg (2010) passando in rassegna le ipotesi eziopatogenetiche del disturbo e concludendo che, poiché non abbiamo una teoria dettagliata e scientificamente fondata dello sviluppo non patologico dell'identità di genere, non possiamo comprendere se l'incongruenza di genere sia effetto di un errato sviluppo.

La particolarità della condizione transessuale è data anche dalla richiesta di trattamenti sanitari invasivi e sovente permanenti, che si configurano come mezzo di cura medico per un disturbo psichiatrico-psicologico. Bower (2001) ha rilevato che si tratta dell'unico caso in cui si prescrive un intervento chirurgico in base ad un'intervista clinica e senza la presenza di un test specifico che accerti la presenza del disturbo. Ci si potrebbe, quindi, interrogare sulla legittimità di considerare psicologico un disturbo che richiede competenze mediche, che potrebbe, secondo Meyer-Bahlburg andare incontro a nuove concettualizzazioni.

Un altro argomento chiave della psicopatologia, ai fini della classificazione di un disturbo, è la prevalenza statistica ma è, al tempo stesso, innegabile che esistano condizioni molto poco frequenti ma altrettanto desiderabili, come ad esempio, un quoziente intellettivo molto alto<sup>18</sup>.

Il rischio, ha sostenuto Wilson (1998) è quello di equiparare la salute mentale alla conformità.

Gli argomenti alla base del suo inserimento sono, invece, considerevoli secondo Zucker e Spitzer (2005) che hanno parlato di utilità clinica, validità ed attendibilità ed accordo tra clinici di orientamento diverso<sup>19</sup>; mancano, invece, degli studi sul campo, presenti in realtà in pochi casi. Inoltre, secondo gli autori il

<sup>17</sup> Citata in Bandini et al., 2008 p. 342.

<sup>18</sup> Un interessante analisi dei limiti della base statistica per definire un disturbo mentale sono contenuti in Zennaro, 2011, pagg. 21-22).

<sup>19</sup> Il Manuale Diagnostico-statistico dei Disturbi Mentali, a partire dalla sua terza edizione, si dichiara ateorico, cioè si propone soltanto di classificare gli aspetti comportamentali e di raggrupparli in sindromi (Cfr. Zennaro 2011, p. 43).



percorso che porta all'inserimento del DIG nel DSM-III è lineare ed è il punto di arrivo di un percorso che prende avvio dalle prime osservazioni su casi di DIG negli anni '60, alla fondazione dei primi ospedali<sup>20</sup>, ad una sempre crescente descrizione del fenomeno che, negli anni '80, permette di comprendere e definire l'unicità di tale condizione clinica.

A non considerare il transessualismo una condizione unica è invece Anne Lawrence (2011), che si è concentrata su transessuali MtF non omosessuali, che, in realtà, vorrebbero effettuare la transizione poiché la fonte del proprio piacere risente nel pensare o immaginare se stessi come donne. L'origine di tale disturbo sarebbe da rintracciare nel fallimento di un meccanismo evolutivo che, se funzionante, permetterebbe di indirizzare all'esterno lo stimolo erotico, che in questo caso, rimane nel proprio corpo, o meglio, nella fantasia del proprio corpo femminile. Queste riflessioni si inseriscono in un dibattito coinvolgente ed interessante sulla opportunità o meno di inserire il DIG nel DSM, svoltosi tra Lawrence stessa e Meyer-Bahlbrug.<sup>21</sup> Lawrence ha affermato che, in questi casi, si tratta inequivocabilmente di un disturbo mentale, dovuto ad uno sviluppo patologico e che ha come conseguenza il disagio e la compromissione funzionale: la disforia è intrinseca nel DIG.

Inoltre, a sostegno della sua tesi, Lawrence ha distinto due tipi di identità di genere, quella che Stoller chiama *core gender identity*, senso immutabile di essere maschio o femmina, che si sviluppa nella primissima infanzia (tra i 18 ed i 30 mesi), ed il senso di essere psicologicamente maschio o femmina, che emerge nei successivi stadi evolutivi. Secondo l'autrice i transessuali MtF non omosessuali sviluppano il secondo tipo di identità di genere cross-gender, che si configura come un epifenomeno di un disturbo primario, l'errata allocazione dello stimolo erotico.

Meyer-Bahlbrug (2011), invece, ha definito unica la condizione di coloro che soddisfano la diagnosi di DIG, pur ammettendo un'estrema variabilità di

---

20 Tra i quali ricordiamo la clinica per la RCS all'interno della Johns Hopkins University.

21 Il lettore interessato può trovare i riferimenti bibliografici di tale dibattito indicati qui come Meyer-Bahlbrug, 2010, Lawrence, 2011, Meyer-Bahlbrug, 2011.

coloro che giungono all'osservazione clinica per sottoporsi alla RCS. Contesta, quindi, la distinzione tra *core gender identity* e identità di genere psicologica, poiché ritiene che essa sia in evoluzione e poco collegata ai genitali, quanto piuttosto alle etichette dell'ambiente sociale; oltretutto, tale distinzione non è condivisa all'interno della comunità scientifica che sembra indirizzarsi verso concettualizzazioni multidimensionali.

In merito all'autoginefilia, l'autore ha sostenuto che non esiste un esempio di tale condizione in mammiferi non umani, il che lascerebbe supporre che si tratti di una condizione tipicamente umana. Tale condizione, secondo l'autore, non potrebbe essere considerata una disfunzione solo in quanto svantaggiosa per l'evoluzione della specie, poiché esistono molteplici condizioni e comportamenti, nelle nostre società post-industriali che sono anti-evolutive (celibato, contraccezione, omosessualità) ma che non sono considerate patologie.

Il dibattito fino a qui tratteggiato troverà la sua (temporanea) risoluzione nel DSM-V, atteso per il 2013.

Un documento importante per comprendere le prospettive di questo futuro prossimo e le motivazioni alla base delle modificazioni imminenti sono senza dubbio le proposte di revisione dell'APA (APA, 2010), che, a loro volta, fungono da propulsore per ulteriori riflessioni.

Preme ricordare e riconoscere lo sforzo fatto dall'APA per adottare un linguaggio meno stigmatizzante e per concordare le scelte che riguardano le persone transgender con le comunità di attivisti (APA, 2010). Sembra però che l'obiettivo sia raggiunto solo in parte, poiché, come giustamente fa notare Lawrence (2010), il concetto a cui si fa riferimento resta lo stesso. Infatti, l'APA si propone di adottare il termine *Incongruenza di Genere*, eliminando dalla denominazione il termine "disturbo" ma si fa comunque riferimento ad un disturbo, così come lo definisce il DSM<sup>22</sup>, ed in quanto tale lo si inserisce

---

22 Viene definito disturbo mentale dal DSM-IV "una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (es. un sintomo algico), a disabilità (es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o a un'importante limitazione della libertà" (APA, 2000 p. 40).

all'interno della nuova edizione del Manuale.

Meyer-Bahlburg (2010, p. 472) ha sostenuto che “l'evidenza empirica disponibile non permette una conclusione universalmente valida sul fatto che le variazioni dell'identità di genere siano o meno disturbi mentali” e consiglia di basare tale categoria diagnostica non solo su criteri clinici ma anche sui bisogni e sui servizi di cui le persone transgender possono avere necessità.

Quello che sembra proporre il DSM-V è un tentativo di conciliazione che non soddisfa né gli attivisti né i clinici.

Descriviamo quindi le principali modifiche su cui le commissioni dell'APA stanno discutendo.

Innanzitutto, sembra plausibile la già citata modificazione della dicitura Disturbo dell'Identità di Genere in Incongruenza di Genere.

In secondo luogo, viene sostituito il termine “sesso” con il termine “genere”, e viene ammessa l'esistenza di più di due generi. In terzo luogo, “il disagio” e “la compromissione” vengono valutati separatamente ed in maniera indipendente. In quarto luogo, l'orientamento sessuale viene specificato nel testo ma non inserito come specificazione. Infine, viene inserito un criterio temporale, che, seppure in mancanza di certezze, introduce i 6 mesi come soglia minima per diagnosticare la presenza del disturbo.

Analizziamo, quindi, ogni elemento. Il termine “incongruenza di genere”, benché maggiormente utile per descrivere diversi tipi di varianza di genere (Meyer-Bahlburg, 2010), non trova corrispondenza lessicale con gli item del Questionario<sup>23</sup>, che, di fatto, sembrano riferirsi all'identità di genere. Lawrence (2010) ha affermato che, se i due termini vengono utilizzati come sinonimi, sarebbe preferibile utilizzare “identità di genere”, che è più comprensibile tra i pazienti e più condivisa tra i clinici.

La sostituzione del termine “sesso” con il termine “genere” si pone

---

23 Nella sezione “Severity” del documento Proposed Revision 302.85, Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults è pubblicato un questionario che si propone di valutare dimensionalmente il Disturbo dell'Identità di Genere. Negli item viene utilizzata l'espressione “identità di genere” mentre negli indicatori proposti viene utilizzata la dicitura “genere espresso/esperito”.

l'obiettivo di permettere l'inclusione nella diagnosi delle persone che presentano una condizione intersesso, per i quali “alcuni aspetti del sesso biologico (ad esempio i geni 46,XY) possono essere incongruenti con altri aspetti (ad esempio i genitali)”<sup>24</sup> e l'esclusione di coloro che non soddisfano più la diagnosi dopo il trattamento, anche chirurgico. Resta invece possibile applicare la diagnosi a coloro che, pur avendo effettuato la transizione, mostrano rimpianto.

Contemporaneamente i criteri A4-A6 ammettono l'esistenza di altri generi alternativi, superando la logica binaria adottata sino ad ora.

Lawrence (2010) ha sostenuto che, eccetto per coloro che mostrano una condizione intersesso, è improbabile suggerire che possa essere “disturbato” il sesso biologico, e che, più logicamente, sarà l'identità di genere ad essere incongruente con il sesso di nascita. La presunta utilità di inserire la condizione intersesso all'interno dell'Incongruenza di Genere non è condivisa da Lawrence a causa delle comprovate differenze tra le due manifestazioni cliniche e poiché si rischia di aggiungere altri elementi di variabilità ad un fenomeno già di per sé complesso, non aiutando il lavoro dei clinici.

Lawrence ha espresso disaccordo anche sull'esclusione dalla diagnosi di coloro che si sono sottoposti ad RCS, poiché non è impossibile che permangano disforie di genere anche dopo tale trattamento. In merito al superamento della categorizzazione binaria dei sessi, Lawrence ha sostenuto che, ugualmente a ciò che accade per il concetto di incongruenza di genere, il questionario<sup>25</sup> su cui si basa la nuova formulazione prevede soltanto due generi, maschi e femmina.

La scelta di valutare il “disagio” e la “compromissione” separatamente deriva dall'intento di superare alcuni limiti del lavoro clinico-diagnostico attuale.

L'APA (2010) ha esplicitato che, fino ad oggi, la tendenza è stata quella di considerare disagio e compromissione come intrinseci alla condizione di disturbo dell'identità di genere e di equiparare il transessualismo al DIG, mentre quest'ultimo dovrebbe contenere molte più condizioni, eterogenee tra loro. Se le

---

24 APA, 2010. Traduzione nostra.

25 Il Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire è disponibile online all'indirizzo <http://www.thefreelibrary.com/The+gender+identity+%2Fgender+dysphoria+questionnaire+for+adolescents...-a0172133222>

due categorie vengono fuse nella pratica clinica, si rischia di mettersi alla ricerca del “vero transessuale”, colui che realmente necessita dei trattamenti chirurgici ed ormonali finalizzati alla RCS. Separare il criterio del disagio e della compromissione, in questi termini, significa provare a valutare i tipi e la severità delle condizioni ed ipotizzare diversi tipi di trattamento.

Infine, il sottogruppo dell'APA sul DIG, ha ipotizzato di eliminare l'orientamento sessuale come specificazione ma di mantenerlo all'interno del testo, poiché, se da un lato esso riveste un ruolo minore, dall'altro esso può essere rilevante a livello descrittivo, prognostico ed euristico (Lawrence, 2010).

Esula dai nostri intenti esprimere una posizione in merito al dibattito in corso, quindi concludiamo riportando alcune delle questioni chiave emerse.

I trattamenti necessitano di una legittimità medica e di una copertura economica assicurativa e sono considerati, al tempo stesso, la motivazione per la quale è impossibile escludere il Disturbo dell'Identità di Genere dal DSM-V (Lawrence, 2011).

Drescher (2010) ha mostrato le sue perplessità rispetto a questo punto: alcune assicurazioni ritengono la RCS un trattamento sperimentale o un trattamento scelto e non necessario, quindi non rimborsabile. Ciò limita l'importanza di tale argomento per l'inserimento nel DSM. Inoltre, l'autore ha ipotizzato altre possibili classificazioni. All'interno del ICD-10 il disturbo potrebbe essere inserito tra le diagnosi mediche e non tra quelle psichiatriche; all'interno del DSM si potrebbe fare riferimento ai codici V per i bambini e gli adolescenti, riducendo lo stigma connesso ad una patologia mentale, ma ciò non permetterebbe nessun tipo di rimborso.

Meyer-Bahlburg, invece, ha sostenuto che è importante consultare le comunità di attivisti transgender e pensare alla formulazione di tale disturbo nell'ottica di bilanciare i vantaggi e gli svantaggi che da essa potrebbero derivare, di modo che i primi siano maggiori dei secondi.

Prevenire diagnosi errate di altri disturbi in persone transgender, facilitare l'accettazione dell'identità di genere in ambito familiare e lavorativo, legittimare

tale condizione, guidare la ricerca e lo sviluppo per transgender sono possibili vantaggi dell'inserimento del DIG nel DSM-V (Meyer-Bahlburg, 2010).

In definitiva, non essendoci basi scientifiche sufficienti per definire l'esistenza del Disturbo dell'Identità di Genere, sembra ragionevole la proposta di Meyer-Bahlburg, vale a dire conciliare le questioni scientifiche con i bisogni di servizi socio-sanitari e con le implicazioni psicosociali che le definizioni del DSM possono avere sulla vita quotidiana degli individui.

### **1.3 Origini e cause del Disturbo dell'Identità di Genere**

Le cause ed i meccanismi implicati nello sviluppo dell'identità di genere non sono noti (Meyer-Bahlburg, 2011) e non è nota, di conseguenza, la ragione per la quale in alcuni soggetti essa non corrisponda al sesso biologico.

Sono state avanzate ipotesi che si basano prevalentemente su aspetti biologici, psicologici ambientali o relazionali.

Le teorie biologiche indagano aspetti estremamente eterogenei tra loro, come i geni, gli ormoni, i cromosomi, la differenziazione sessuale, la morfologia cerebrale.

Molti studi (Hare et al., 2006; Bentz et al. 2008; Bosinski et al., 1997; Henningson et al., 2005; Ujike et al. 2009), ha riportato Meyer-Bahlburg (2010), ipotizzano l'influenza di geni ed ormoni nella successiva differenziazione sessuale, ma non sono stati replicati.

Dettore (2005), nella sua dettagliata rassegna sulle teorie eziopatogenetiche del DIG, ha sostenuto che i geni siano solo parzialmente coinvolti nello sviluppo del disturbo. A sostegno di tale tesi ha utilizzato studi che dimostrano una bassa familiarità (Zucker & Bradley, 1995), un'assenza di familiarità tra gemelli monozigoti (Green & Stoller, 1971 e Esman, 1970) e la rarità dei figli di transessuali che sviluppano il DIG (Freedman e coll., 2002). Infine, si potrebbe sostenere con Coolidge e coll. (2002, in Dettore, 2005) che la

percentuale di varianza spiegata dai geni è del 62%, dimostrando che non è attualmente possibile fare riferimento solo ai geni per individuare le cause del DIG.

Riguardo ad i cromosomi, è stata studiata la relazione esistente tra le anomalie cromosomiche ed il DIG (Dettore, 2005), e l'unica condizione alla quale sono spesso, ma non sempre, associati DIG, omosessualità o bisessualità è la sindrome di Klinefelter. L'assetto dei cromosomi sessuali di questi soggetti è XXY, ed il cromosoma X interferisce con lo sviluppo dei testicoli e conseguentemente provoca infertilità. Come per geni, i cromosomi non spiegano, da soli, l'esistenza del DIG.

Un'altra ipotesi riguarda l'effetto di feedback positivo agli estrogeni (PEFE). Durante l'ovulazione vi è un aumento della secrezione di ormone luteinizzante e tale fenomeno è considerato “conseguenza della differenziazione sessuale mediata da ormoni prenatali” (Dettore, 2005, p. 123). Alcuni studi (Dörner, 1976, citato in Dettore, 2005) hanno provato ad indagare la presenza di feedback positivo agli estrogeni in soggetti omosessuali o transessuali MtF, riscontrando che essi reagiscono in maniera più simile alle donne che non agli uomini, giungendo ad affermare che “gli omosessuali possiedono una differenziazione del sistema nervoso centrale in senso femminile” (Dettore, 2005, p. 123).

In realtà è necessario sottolineare la parzialità di tale spiegazione: dagli studi riportati da Dettore (Gladue, Green & Hellman, 1984), l'effetto positivo di feedback sembra essere maggiormente in relazione con l'omosessualità che non con l'identità di genere ed inoltre, egli stesso ha espresso dubbi a causa della metodologia utilizzata ed a causa dell'assenza di altri studi.

Il processo di sviluppo sessuale embrionale, dopo l'attribuzione cromosomica che avviene durante il concepimento (Migeon & Wisniewski, 1998) ha una fase determinante che dipende dagli ormoni. La secrezione di testosterone androgenizzante, intorno alla 12° settimana di gestazione, indirizza lo sviluppo gonadico in senso maschile, in caso contrario lo sviluppo si orienta in senso

femminile, che è la condizione di default. Oltre ad influenzare la differenziazione genitale, gli ormoni sottostanno al dimorfismo sessuale del sistema nervoso centrale, sia a livello neuroanatomico che a livello comportamentale (Anuka, 2002).

A livello neuroanatomico vi sono differenze in aree pre-ottiche (SDN-POA), nei nuclei interstiziali dell'ipotalamo (INAH-1,2,3 e 4), il “bed nucleo” della stria terminale (BSTc) (Anuka, ibidem). Quest'ultima, secondo alcuni studi (Zhou, Hofman, Gooren, & Swaab, 1995), nei transessuali MtF sarebbe più simile a quella delle donne e nei transessuali FtM sarebbe più simile alla stessa area del cervello maschile. (Cohen-Kettenis e Gooren, 1999).

A livello comportamentale, esistono conferme del dimorfismo sessuale su animali (Beach, 1981, citato in Dettore, 2005) ma non vi è accordo sugli uomini. L'ipotesi sostenuta da Dettore (ibidem) è che gli ormoni sessuali pre-natali creino una soglia più o meno elevata per la manifestazione di alcuni comportamenti ma che essi risentano contemporaneamente dell'influenza ambientale.

Cohen-Kettenis (1999) ha riportato l'ipotesi che il transessualismo possa originare da una incongruenza tra la differenziazione genitale e quella sessuale del cervello.

Un'altra ipotesi è quella di Nawata (Nawata et al. 2010), che hanno comparato il flusso sanguigno cerebrale di un gruppo di soggetti affetti da DIG con quello di soggetti di controllo ed hanno riscontrato una maggiore presenza di flusso sanguigno cerebrale nell'insula destra ed un minore flusso nella corteccia cingolata anteriore sinistra. Nonostante i notevoli limiti di questo studio<sup>26</sup>, la presenza di una connessione tra le aree interessate e il comportamento sessuale e la coscienza, secondo gli autori, permette di considerare plausibile una base biologica per il DIG.

Per Lawrence (2011) è un meccanismo di allocazione dello stimolo erotico all'esterno a non funzionare, e ciò provoca l'incapacità del soggetto di erotizzare il

---

<sup>26</sup> Non possiamo conoscere o ipotizzare la direzione causale del fenomeno, né possiamo analizzare le due aree separatamente. Infine, lo studio è effettuato esclusivamente su transessuali FtM, quindi non possiamo estenderlo alla totalità di soggetti diagnosticati con DIG.



mondo esterno e la stabilizzazione di tale desiderio sul proprio corpo, immaginato come femminile. La critica che ha ricevuto l'autrice risiede nell'impossibilità di individuare un meccanismo patologico senza conoscere l'originario funzionamento e sviluppo dell'identità di genere (Meyer-Bahlburg, 2011).

La decisione di inserire il Disturbo dell'Identità di Genere nel DSM si basa sui contributi di John Money, Harry Benjamin, Robert Stoller e Richard Green (Drescher, 2010), accomunati da una vasta esperienza clinica ma con diverse ipotesi eziologiche rispetto al disturbo.

Money, a partire dalla sua esperienza con bambini intersesso, ha sostenuto che l'identità di genere si sviluppi a partire da fattori ambientali<sup>27</sup>, al contrario di Benjamin, per il quale il transessualismo è un disturbo su base biologica, consistente nella femminilizzazione del cervello nell'utero.

Stoller (cit. in Drescher, 2010, p. 439), invece, ha rimarcato l'influenza delle dinamiche familiari mentre Green (ibidem, p. 437) ha descritto il pensiero medico più diffuso tra gli specialisti. Egli ha riportato i dati di un'inchiesta tra 400 psichiatri, urologi, ginecologi, che indagava la loro opinione rispetto ad un caso di richiesta di riassegnazione chirurgica del sesso. Negli anni '60, l'8% dei professionisti intervistati riteneva il disturbo una severa nevrosi, il 15% una psicosi.

Ancora oggi, infatti, le spiegazioni più diffuse sono quelle di ambito psicoanalitico, storicamente attribuite contemporaneamente al DIG ed all'omosessualità, data la confusione esistente tra i due concetti. Esse ritengono che l'instaurarsi dell'identità transessuale abbia a che fare con le identificazioni che si attivano nella fase fallica dello sviluppo psicosessuale, che portano al complesso edipico ed alla sua risoluzione.

Una prima spiegazione è che la forte attrazione dei bambini per la loro madre e l'assenza del padre portino all'identificazione con il proprio oggetto di desiderio assumendone l'identità di genere. Tale processo è stato descritto

---

<sup>27</sup> Drescher (2010) sostiene che Money sia stato smentito nella sua stessa esperienza, citando il caso di David Reimer. David era un bambino che, in seguito ad una circoncisione perse il suo pene e fu cresciuto come una bambina. Money ha descritto questo caso come un successo ma sembra che abbia falsificato i dati e che tale riassegnazione abbia sortito effetti molto negativi.

efficacemente da Stoller<sup>28</sup> che parla di “troppa madre e troppo poco padre”, quindi di un mancato completamento del processo di separazione-individuazione.

Cohen-Kettenis e Gooren (1999) hanno aggiunto altri elementi quali uno sviluppo sessuale atipico dei genitori, l'assenza del padre, il desiderio della madre di una figlia, mentre Di Ceglie (citato in Bandini et al. 2008, p.344) ha parlato di “mancata identificazione con il genitore di sesso opposto” ed introduce il concetto di organizzazione atipica dell'identità di genere (Dettore, 2005). Secondo l'autore, esperienze traumatiche o iper-attivazione emotiva in relazione ad esperienze di separazione porterebbero il bambino ad identificarsi con il genitore del sesso opposto per reagire in maniera onnipotente alla minaccia di perdita. Tale identificazione dal genitore in quanto tale si sposterebbe e consoliderebbe sul genere dello stesso. Facendo riferimento alla teorizzazione kleiniana, il bambino scinde gli aspetti positivi e negativi della madre e si identifica con quelli positivi, disconoscendo le proprie caratteristiche maschili; la bambina, invece, percependo la madre come vulnerabile, assume identità maschile per proteggerla e proteggere se stessa dalla separazione.

Wilson pone una critica a tutte le ipotesi di stampo psicanalitico: gli studi su cui si basano riguardano una popolazione clinica non rappresentativa della popolazione generale di transessuali.<sup>29</sup>

Una spiegazione psicologica differente al DIG è quella di Kohlberg che lo ha inserito all'interno dello sviluppo cognitivo. Secondo l'autore (citato in Dettore, 2005, p. 139), soltanto intorno ai sei-sette anni il bambino acquisisce la “costanza di genere”, vale a dire la capacità di reputarsi appartenente ad un genere e di considerare tale condizione permanente. Nonostante modifiche successive, tale ipotesi non ha trovato conferme empiriche: non sembra necessaria l'acquisizione della costanza di genere ai fini dell'acquisizione dell'identità di genere.

Sulla stessa linea di Kohlberg si è mosso Doorn (1994, citato in Dettore 2005) che ha ipotizzato l'esistenza di due sottosistemi di genere, uno maschile ed

---

28 In Wilson, 1998. Traduzione nostra.

29 “Se il nostro giudizio sulla salute mentale delle persone eterosessuali si basasse soltanto su coloro che incontriamo nella nostra pratica clinica, dovremmo concludere che tutti gli eterosessuali sono mentalmente disturbati”. Stoller, citato in Wilson, 1998. Traduzione nostra.

uno femminile, organizzati su un continuum, all'interno del quale si collocherebbero gli individui.

Un altro gruppo di spiegazioni si è concentrato sulle relazioni e sulle dinamiche familiari.

Ad esempio Meyer-Bahlburg ha riportato le opinioni di coloro che ritengono che il disturbo dell'identità di genere sia frutto dell'interazione tra vulnerabilità temperamentali e pattern genitoriali di cura (Coates, 1990, Di Ceglie, 1998, Zucker e Bradley, 1995, citati in Meyer-Bahlburg, 2010, p. 466) riportando, al tempo stesso, che tali dinamiche si svolgono all'interno di una società patriarcale basata sull'esistenza di due soli generi (Devor, 1997, citato in Meyer-Bahlburg, 2010, p. 467).

Il ruolo delle influenze parentali nello sviluppo del DIG è stato indagato da un gruppo di ricercatori ungheresi che hanno somministrato lo Young Parenting Inventory<sup>30</sup> ad un gruppo di 47 transessuali.

Le caratteristiche più frequenti dei padri di transessuali sembrano essere una maggiore ostilità ed un maggior rifiuto, uno stile meno dominante, specialmente tra i MtF. Le madri di transessuali sembrano mostrare meno comportamenti di cura, sembrano essere meno affettuose ma più controllanti ed intrusive. Altri studi (Zucker & Bradley, 1995; Green, 1987) hanno concordato nel descrivere i genitori di persone transessuali come meno caldi affettivamente, più rifiutanti e controllanti (MtF); infine alcuni hanno sostenuto che vi è una maggiore presenza di psicopatologie in questi genitori (Cohen-Kettenis, 1999). L'interrogativo che resta aperto rispetto al rapporto intercorrente tra stile genitoriale e DIG riguarda la causalità direzionale, poiché è plausibile che il comportamento atipico di genere modifichi lo stile genitoriale.

Inoltre, secondo Cohen-Kettenis, la presenza più elevata di psicopatologie in genitori di bambini con DIG potrebbe essere spiegata con una loro maggiore propensione a rivolgersi ai servizi psichiatrici, che già conoscono, a differenza di genitori di bambini con GID che, non avendo mai usufruito di tali servizi sono più

---

<sup>30</sup> Si tratta di un questionario auto-somministrato, composto da 72 item, che indaga i comportamenti genitoriali.

restii a contattarli.

Infine esistono teorie sociologiche che ritengono che l'identità di genere sia una costruzione sociale.

Bem (in Bandini et al. 2008) ad esempio, ha avanzato la teoria dello schema di genere, ipotizzando che il bambino apprenda i comportamenti di genere adeguati osservando e riproducendo ciò che è presente nel suo ambiente ed ottenendo rinforzi o punizioni. Tali comportamenti si organizzano in una struttura cognitiva che guida la percezione del mondo da parte dell'individuo.

Le ipotesi esposte finora, si concentrano su di una sola tipologia di fattori; per ovviare a ciò sono stati strutturati modelli multifattoriali.

Ruggeri e Ravenna (1999, in Dettore, 2005), ad esempio, hanno proposto un modello bio-esistenziale per il quale il bambino sperimenterebbe, sin da piccolissimo, un conflitto tra la rappresentazione corporea e psicologica di sé e l'esperienza di sé.

L'incongruenza tra, come li definisce Dettore (ibidem), “vissuto viscerale” e “vissuto propriocettivo” rispetto al “vissuto relazionale”, comporterebbe la non rappresentazione, da parte del bambino, degli organi genitali e la messa in atto di “pattern di comportamento, anch'essi altrettanto corporei nella loro espressività e legati a un modello di identificazione in un genere diverso da quello biologico” (Ruggeri e Ravenna, 1999, citati in Dettore, 2005, p.154).

Secondo alcune ricerche (Cecchini e coll.,citato in Dettore, 2005), infatti, i transessuali avrebbe una maggiore percezione corporea eccetto che nelle aree genitali, dove avvertono un “vuoto percettivo” (ibidem) dovuto alla non corrispondenza tra genere sentito e sesso esperito.

Alcuni autori hanno tentato di integrare aspetti biologici prenatali e psicologici successivi alla nascita. Zucker e Bradley (in Dettore, 2005) hanno sostenuto che alla base del DIG potrebbe esservi un'interazione tra vulnerabilità temperamentale del bambino, mancanza di sicurezza nella relazione con la madre e senso di inadeguatezza paterno.

In linea generale, gli autori hanno sostenuto che, essendo il DIG una

condizione rara, necessita, per manifestarsi, di fattori predisponenti nel bambino, nei genitori e nell'ambiente familiare . Ciò avviene, secondo gli autori, attraverso un complesso e diversificato processo che si avvale di identificazioni e tentativi di gestione dell'ansia. Gli autori hanno identificato due tipologie di fattori implicati nella genesi del DIG, quelli generali e quelli specifici, ed entrambi si articolano a livello del bambino, dei genitori, della famiglia.

I fattori generali a livello del bambino sono un elevato livello di ansia e preoccupazione ed un'elevata sensibilità all'affetto genitoriale, a livello del genitore, una difficoltà a regolare gli affetti nel bambino che porta ad un attaccamento insicuro e, a livello del sistema familiare, eventi stressanti, quali perdita o malattia di congiunti o problemi relazionali tra i coniugi.

A livello specifico Zucker e Bradley (ibidem) hanno elencato, tra i fattori riguardanti il bambino, l'evitamento di giochi fisicamente violenti, la bellezza inconsueta, la sensibilità, tra quelli riguardanti i genitori hanno descritto madri che si sentono minacciate da comportamenti aggressivi e bisognose di cura e padri inadeguati o assenti.

Tra i fattori specifici che riguardano la bambina è stata descritta la preferenza per attività fisiche violente, per i genitori, hanno delineato padri che considerano le donne inadeguate, oppure molto aggressivi, e madri incapaci di reagire.

A livello del sistema famiglia si è pensato alla presenza di fratelli “preferiti”, o malati, o all'esistenza di conflitti tra genitori.

Il processo che porta all'instaurarsi del DIG nel bambino sarebbe quindi il seguente: un elevato senso di ansia del bambino entra in relazione con sentimenti materni di frustrazione e di incapacità di regolazione emotiva; il bambino, estremamente sensibile, sperimenta vissuti di minaccia e teme la perdita della madre. Al contempo, il padre sperimenta sentimenti di inadeguatezza, ai quali reagisce allontanandosi, e si instaurano conflitti tra i genitori. In tale situazione il bambino può sperimentare senso di ansia e rabbia molto forte che lo possono portare a percepire il sesso opposto come più desiderabile e quindi ad identificarsi

con esso. I comportamenti tipici del sesso opposto possono essere tollerati da una madre bisognosa di cure e da un padre incapace di gestire tale situazione che, difatti, se ne allontana. Allo stesso modo, la combinazione tra bambina sensibile all'affetto materno e madre con difficoltà di regolazione degli affetti ed eventualmente vissuti depressivi, porta la bambina a sentirsi evitata dalla madre e a vederla indifesa nei confronti del padre. Si identifica quindi con l'aggressore mettendo in atto comportamenti maschili, per proteggere la madre che non riesce a scoraggiare tali comportamenti.

In ultima analisi, in assenza di ipotesi eziopatogenetiche certe e complete, può essere utile riepilogare i punti emersi finora nella ricerca scientifica.

In primo luogo, sembra confermata la presenza di predisposizione biologica, sia essa basata su aspetti temperamentali, genetici, ormonali o cromosomici. In secondo luogo, sembrano giocare un ruolo aspetti individuali derivanti dall'interazione con l'ambiente, quali il tipo di attaccamento, le strategie di coping, il senso di autoefficacia (Dettore, 2005). Infine, sembra che giochino un ruolo i fattori relazionali-ambientali, in primis gli atteggiamenti genitoriali.

A tali riflessioni andrebbe forse aggiunto un interrogativo: in che modo interagiscono tra loro questi fattori? Qual è la direzionalità causale insita in questo ed in tutti i fenomeni psicopatologici? Tentare di rispondere a queste domande è forse l'obiettivo ultimo della psicologia clinica, non soltanto perché significa favorire l'avanzamento delle conoscenze di tale disciplina, ma perché permette di porre in atto trattamenti terapeutici più efficaci. Come afferma Zennaro (2011) “il tentativo di ridurre fenomeni complessi a relazioni di causalità lineare semplice e la contrapposta enfasi in direzione di una inafferrabile complessità della natura umana si sono rivelati entrambi approcci inefficaci e probabilmente iatrogeni rispetto alla sofferenza umana” (p. 79).

## **CAPITOLO 2**

### **UN'INTRODUZIONE ALLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO**

#### **2.1 Le radici della teoria dell'attaccamento**

La teoria dell'attaccamento si è sviluppata a partire dagli anni '50, principalmente grazie all'opera pionieristica di due psicologi: John Bowlby e Mary Salter Ainsworth, ma si è arricchita e strutturata attraverso il costante interscambio con altre discipline ed altri studiosi.

La teoria dell'attaccamento si è nutrita di psicanalisi, di cibernetica, di etologia, di teoria evoluzionistica e di teoria dell'elaborazione delle informazioni (Bretherton, 1992).

L'influenza maggiore della psicanalisi è ravvisabile nella centralità delle prime relazioni infantili, quali determinanti delle patologie mentali dell'età adulta (van der Horst & van der Veer, 2010); in particolar modo è stato il modello delle relazioni oggettuali ad aver influenzato Bowlby, sebbene esso sia stato al contempo il suo oggetto principale di critica (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Benché attualmente si ritenga che le relazioni oggettuali siano uno dei fondamenti comuni tra psicanalisi e teoria dell'attaccamento (Fonagy, Gergely & Target, 2008), la loro concettualizzazione è stata oggetto di dispute teoriche tra Bowlby e gli psicanalisti, in particolar modo Melanie Klein (Bretherton, 1992).

Bowlby riconosceva l'influenza delle prime relazioni infantili sugli sviluppi patologici futuri ma non condivideva l'idea che essi derivassero da fantasie infantili che nascevano da conflitti tra pulsioni aggressive e sessuali (Bretherton, ibidem). Era convinto, invece, che fossero gli eventi del mondo reale e le relazioni quotidiane ad influenzare e danneggiare lo sviluppo infantile.

Un elemento che, al contrario, può essere considerato comune al mondo

della psicoanalisi ed alla teoria dell'attaccamento da alcuni decenni<sup>31</sup>, è l'esistenza dei meccanismi difensivi (Fonagy et al., 2008). Alla base dei modelli operativi interni (MOI), difensivi o dissociati, così come all'origine dei meccanismi di difesa psicoanalitici, vi è la necessità psichica di rendere tollerabili stati mentali e affetti angoscianti (Fonagy et al., ibidem).

L'ultimo elemento che ci sembra interessante menzionare, tra quelli citati da Fonagy, Gergely e Target<sup>32</sup>, è l'ottica evolutiva nei confronti dei problemi psicopatologici. Le teorie psicodinamiche, così come la teoria dell'attaccamento, ritengono centrale la comprensione dei processi di sviluppo (Fonagy et al., ibidem) sebbene le ipotesi sullo sviluppo ontogenetico dell'individuo differiscano profondamente.

È stata però l'etologia a consentire a Bowlby di giustificare la propria teoria, in primo luogo attraverso i fenomeni di imprinting<sup>33</sup> studiati da Lorenz in relazione alle oche ed ai loro piccoli. L'etologo ha descritto i comportamenti di ricerca della vicinanza e di protesta alla separazione in piccoli uccelli prematuri, in seguito ad un imprinting con la madre ed ha osservato che il legame di attaccamento si sviluppa anche in specie che non necessitano dell'aiuto materno per il nutrimento (Kobak & Madsen, 2008).

Su queste basi è stato possibile sostenere che il legame madre-bambino si sviluppi non per via della gratificazione orale, come sostenuto dalla psicanalisi, né a causa del rinforzo sociale come sostenuto dalla teoria dell'apprendimento sociale (Bretherton, 1992) ma che esso sia imprescindibilmente inscritto nella natura. Il supporto empirico proviene dagli esperimenti di Harlow sui piccoli di rhesus<sup>34</sup>, i

---

31 Si fa riferimento agli anni successivi al 1980, anno in cui Bowlby pubblica il terzo volume della sua trilogia "Attaccamento e perdita", nel quale descrive i processi difensivi dei modelli operativi interni (Bretherton, 1992).

32 Per l'esauritivo elenco dei punti in comune tra teoria dell'attaccamento e teorie psicodinamiche, e per la rassegna dei cambiamenti della psicanalisi che hanno permesso l'avvicinamento tra le due discipline cfr. Fonagy, Gergely, Target, 2008, pagg. 902-907.

33 Bretherton (1992) definisce l'imprinting come "la limitazione di specifici comportamenti istintivi a particolari individui o gruppi di individui durante periodi sensibili di sviluppo". Traduzione nostra. (Bretherton, 1992 p. 766)

34 Harlow e Zimmermann studiarono otto cuccioli di macaco rhesus, inserendoli in gabbie ed assegnandogli una madre di panno ed una di metallo. A seconda della condizione a cui erano assegnati, poteva essere la madre di panno o quella metallica a fornire il cibo. Sottoposti a stimoli che suscitavano paura, sia coloro che erano stati nutriti dalla madre di panno che coloro



quali hanno mostrato che la prossimità ad una figura materna è più importante del ricevere nutrimento (Ainsworth & Bowlby, 1991). Al tempo stesso, le ricerche sui cuccioli di rhesus hanno permesso di studiare l'esclusivo legame che essi sviluppano con le proprie madri, come dimostra la presenza di tutti i comportamenti di attaccamento nei cuccioli (eccetto il sorriso che non è possibile nelle scimmie non antropomorfe)<sup>35</sup> e di comportamenti di accudimento, protezione e conforto da parte della madre (Suomi, 2008).

L'allontanamento dalla psicanalisi è avvenuto, inoltre, attraverso l'utilizzo di concetti propri della cibernetica, che hanno consentito di sostituire le pulsioni e gli istinti con sistemi comportamentali organizzati attraverso livelli gerarchici; tali sistemi sono in relazione con l'ambiente circostante, al quale si adattano costantemente disponendo della flessibilità necessaria a micro-adattamenti continui (Bretherton, 1992). L'uomo è quindi un organismo complesso che effettua delle previsioni sul suo ambiente e mette in atto comportamenti in base alle risposte più frequenti che esso gli fornisce.

Se la cibernetica è stata utile per ipotizzare l'esistenza dei modelli operativi interni, di cui parleremo in seguito, la teoria dell'elaborazione dell'informazione è stata determinante per permettere di spiegarne la relativa stabilità.

Nell'ultimo volume della trilogia "Attaccamento e Perdita", Bowlby ha individuato due elementi alla base della permanenza dei modelli operativi interni: l'automatizzazione delle dinamiche interattive e la presenza di aspettative reciproche sull'interazione (Bretherton, 1992). L'ipotesi era che il sistema attentivo tendesse ad escludere dalla coscienza gli elementi divergenti rispetto alle proprie aspettative e che tale processo operasse anche in merito alle informazioni emotivamente salienti. "Una certa dose di distorsione è quindi normale ed inevitabile" (Bretherton, ibidem p. 768), ma finisce con l'essere disadattativa quando ad essere escluse sono le informazioni che non possono essere integrate poiché dolorose. Tale esclusione selettiva è infatti considerata alla base di modelli

---

che erano stati nutriti dalla madre di metallo cercavano (ed ottenevano) conforto presso la madre di panno (Harlow e Zimmermann, 1959; Bowlby, 1988).

35 I comportamenti descritti da Suomi (2008) sono: succhiare, aggrapparsi, piangere e seguire.

operativi interni dissociati.

Per comprendere tali affermazioni è necessario descrivere in maniera più organica l'intera teoria dell'attaccamento, ma prima ripercorreremo le relazioni professionali che Bowlby e Ainsworth hanno intrecciato con altri studiosi; tali relazioni hanno influenzato in maniera rilevante l'evoluzione della teoria dell'attaccamento.

James Robertson, ad esempio, è stato un nodo di connessione importante tra Bowlby ed Ainsworth: arrivato alla Tavistock Clinic nel 1948 per aiutare Bowlby nello studio di bambini istituzionalizzati ha ottenuto un'ingente quantità di dati che è poi stata analizzata da Mary Ainsworth (Bretherton, 1992). Il metodo di Robertson<sup>36</sup>, appreso nel training con Anna Freud, era quello dell'osservazione naturalistica, utilizzato poi con entusiasmo da Ainsworth (Bretherton, ibidem)

Gli anni della collaborazione con Robertson furono gli stessi in cui Bowlby entrò in contatto con Robert Hinde, la cui ricerca etologica si era concentrata sia sugli uccelli sia sui macachi, fornendo a Bowlby la convinzione che l'attaccamento sia un fenomeno comune a più specie, frutto del percorso evolutivo (Suomi, 2008).

La teoria dell'attaccamento, di fatto, costituisce una teoria evuzionistica di livello intermedio<sup>37</sup> (Simpson & Belsky, 2008), costituita da una componente normativa ed una preposta alla spiegazione delle differenze individuali.

La componente normativa riguarda una serie di comportamenti universali messi in atto per mantenere la prossimità con l'adulto (Simpson & Belsky, ibidem), necessari per assicurare la sopravvivenza ad un cucciolo incapace di provvedere a se stesso e che necessita della protezione genitoriale.

L'im maturità del cucciolo umano, e la conseguente plasticità del cervello, ha la funzione di permetterne lo sviluppo in relazione allo specifico ambiente fisico e relazionale<sup>38</sup> (Zennaro, 2011) ed il tipo di ambiente relazionale determina

36 Robertson e Spitz, girarono due film sull'ospedalizzazione che hanno contribuito enormemente a cambiare il modo di concepire la degenza di bambini piccoli. I titoli sono rispettivamente "A two year old goes to hospital" e "Grief: a peril in infancy" (Bretherton, 1992).

37 Il livello intermedio è attribuito ad una teoria che "spiega problemi adattativi specifici che l'uomo ha dovuto affrontare durante la sua storia evolutiva" (Simpson e Belsky, 2008 p. 156).

38 L'ambiente di adattamento evolutivo a cui si fa riferimento è quello delle società di cacciatori-

la qualità del legame di attaccamento (Simpson e Belsky, 2008) e quindi le differenze individuali.

Gli sviluppi successivi della teoria hanno permesso di ipotizzare che, accanto all'obiettivo evoluzionistico della sopravvivenza, esista un obiettivo riproduttivo, vale a dire che le strategie d'attaccamento apprese nell'infanzia abbiano un ruolo nella capacità di strutturare relazioni sessuali adulte che favoriscono la riproduzione<sup>39</sup> (Simpson & Belsky, ibidem).

“Il bisogno innato di compagnia, che è l'unica strategia auto-conservativa del bambino”<sup>40</sup> (Suttie, citato in van der Horst & van der Veer, 2010 p. 37 ) era stato individuato anche al di fuori della teoria dell'attaccamento da Ian Suttie che ha introdotto un altro concetto poi rivisto da Bowlby: l'ansia di separazione (van der Horst & van der Veer, ibidem).

Le riflessioni bowlbiane sull'ansia di separazione sono nate nel corso del suo lavoro presso la London Child Guidance Clinic, ispirata da Cyril Burt, che ha indagato le cause della criminalità minorile. La spiegazione ipotizzata da Burt era che alla base di personalità devianti vi fossero problematiche familiari e Bowlby aggiunse che vi potessero essere esperienze di separazioni precoci. Già otto anni prima Bowlby si era occupato di delinquenza minorile, lavorando presso la Priority Gate School, che si basava sulle idee di Homer Lane. Bowlby concordò con lo psicoterapeuta statunitense che le esperienze di deprivazione affettiva infantili conducessero a condotte devianti (van der Horst & van der Veer, ibidem).

Le numerose esperienze professionali e personali di Bowlby hanno indotto alcuni studiosi (van der Horst & van der Veer, 2010) a domandarsi se il contributo bowlbiano possa davvero definirsi innovativo o se sia il naturale esito degli sviluppi teorici della sua epoca.

A parere di chi scrive, perfino l'idea più rivoluzionaria trae origine da un contesto intellettuale e scientifico che ne permette l'emersione. La descrizione

---

raccoglitori, organizzate in maniera cooperativa e nelle quali era quindi preponderante la dimensione sociale (Simpson e Belsky, 2008).

39 Per una rassegna approfondita dei modelli evoluzionistici dello sviluppo sociale nell'arco di vita cfr. Simpson e Belsky, 2008 pagg. 164-172.

40 La traduzione è nostra.

kuhniana della scienza sostiene che è un accumulo di anomalie all'interno della scienza normale a creare una crisi, che a sua volta porta ad un mutamento di paradigma (Pedon & Gnisci, 2004). Bowlby potrebbe quindi apparire come colui che, a seguito di mutamenti e incongruenze accumulate negli anni, ha proposto un nuovo, rivoluzionario, paradigma.

Alle tante ed ampiamente investigate influenze bowlbiane si contrappongono le meno conosciute, ma non meno rilevanti, ainsworthiane. In particolare, Blatz e la sua teoria della sicurezza.

Mary Ainsworth studiò all'Università di Toronto con William Blatz che teorizzò l'esistenza di diversi tipi di sicurezza, quella infantile, dipendente ed immatura, per la quale la sensazione di sicurezza dipende dal poter contare sui genitori, quella indipendente, che consiste nella totale emancipazione dalla protezione genitoriale e quella matura che è fornita da un partner adulto (Ainsworth & Bowlby, 1991). Il ruolo della figura che offre protezione è al tempo stesso quello di offrire una base sicura dalla quale partire, ed alla quale ritornare, nell'esplorazione di un mondo pericoloso ed affascinante (Ainsworth & Bowlby, 1991).

La collaborazione tra Ainsworth e Bowlby nacque nel 1950, quando la ricercatrice canadese si trasferì a Londra per seguire il marito Leonard. Attraverso un annuncio sul London Times entrò a far parte dell'unità di ricerca di Bowlby (Bretherton, 1992).

Fino a quel momento Bowlby si era occupato di criminalità giovanile, prima all'Institute for Scientific Treatment of Delinquency e poi alla London Child Guidance Clinic; da queste esperienze derivò il suo interesse per le relazioni reali dei bambini con i loro genitori (van der Horst & van der Veer, 2010).

E fu alla London Child Guidance Clinic che effettuò la prima ricerca sulle separazioni madri-bambini su un campione di 44 giovani ladri (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Lo studio delle separazioni venne approfondito da Bowlby grazie ad una ricerca commissionatagli dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla salute

mentale di bambini rimasti senza famiglia a causa della guerra. (Ainsworth & Bowlby, *ibidem*).

Bowlby iniziava a sistematizzare la teoria dell'attaccamento ed Ainsworth si propose di testarla empiricamente, cosa che ebbe modo di fare in Uganda, dove si trasferì nel 1953 (Ainsworth & Bowlby, *ibidem*).

Lo studio, con un campione di 28 diadi, prevedeva delle visite nell'ambiente domestico ogni due settimane per nove mesi; all'osservazione delle interazioni erano affiancate delle interviste alle madri sulle loro pratiche di cura. (Ainsworth, Bowlby, *ibidem*).

A questa ricerca ne seguì un'altra a Baltimora, con un campione di 26 diadi, osservate attraverso 18 visite, ognuna di 4 ore, dalla terza alla cinquantaquattresima settimana di vita del bambino (Ainsworth & Bowlby, *ibidem*, Bretherton, 1992).

Il modo probabilmente più appropriato per descrivere il costante e fecondo scambio tra Ainsworth e Bowlby è nelle parole del figlio di Bowlby, che ha detto: “Non si può stabilire chi abbia fatto una teoria più di quello che si possa fare per un insieme di scalini, di cui non si può dire questo gradino fa parte della scala, ma quello di sopra non ne fa parte. La loro relazione era una lunga conversazione (R. Bowlby, in Wallin, 2007 p. 43).

## **2.2 La teoria dell'attaccamento**

La teoria dell'attaccamento è una teoria evolucionistica (Behrens, Hesse & Main, 2007, Simpson & Belsky 2008, Ainsworth & Bowlby, 1991) che descrive il fondamento biologico del legame tra la madre ed il bambino.

Negli anni '50 l'opinione scientifica prevalente era che il legame madre-bambino si instaurasse come elemento secondario conseguente al nutrimento: tanto la psicoanalisi quanto la teoria dell'apprendimento sociale ritenevano che la madre era ricercata perché permetteva il soddisfacimento della fame, e solo successivamente si instaurava un vincolo associativo per il quale diventava anche

oggetto d'affetto (Cassidy, 2008).

La teoria dell'attaccamento ipotizzò l'esistenza di una predisposizione biologica a ricercare vicinanza al caregiver e che essa si sviluppasse, su pressioni evuzionistiche, per aumentare le probabilità di sopravvivenza e di riproduzione di cuccioli immaturi alla nascita e destinati ad un ambiente pieno di pericoli<sup>41</sup>(Cassidy, ibidem).

Esistono quindi dei comportamenti di attaccamento, con la funzione di favorire la vicinanza al caregiver, organizzati in un sistema comportamentale di attaccamento, che permette l'instaurarsi di legami di attaccamento (Cassidy, ibidem).

Bowlby ha individuato una serie di comportamenti di attaccamento (Ainsworth & Bowlby, 1991) che si organizzano nelle prime fasi di sviluppo del bambino e che possono essere comportamenti di segnalazione, avversivi, o di avvicinamento (Cassidy, 2008). Comportamenti quali sorridere e vocalizzare servono a richiamare l'attenzione materna, il pianto serve a richiedere l'avvicinamento affinché esso cessi, e aggrapparsi o seguire mantengono attivamente il contatto con la madre.

Tali comportamenti si organizzano in un sistema comportamentale, definito da Cassidy come “un sistema specie-specifico di comportamenti che porta a determinati esiti prevedibili, almeno uno dei quali contribuisce alla fitness riproduttiva<sup>42</sup>”. Comportamenti d'attaccamento e sistema d'attaccamento non sono quindi equivalenti: l'attivazione del sistema di attaccamento, che richiede una risposta dall'ambiente per ridurre la sua attivazione<sup>43</sup>, può manifestarsi attraverso un'ampia gamma di comportamenti, che vengono scelti dal bambino in base ad una valutazione di efficacia ed in base al proprio livello di sviluppo. Il sistema comportamentale di attaccamento è quindi un sistema flessibile, che si adatta ed

---

41 L'esistenza di una predisposizione biologica all'attaccamento, indipendentemente dalla qualità delle cure ricevute, permette di spiegare l'attaccamento a caregiver abusanti o inappropriati (Cassidy, 2008).

42 Cassidy, 2008, p. 9.

43 Il sistema dell'attaccamento non è considerato un sistema completamente acceso o spento, ma come costantemente attivato; sono gli stimoli, interni od esterni, che ne modificano il livello di attivazione (Bowlby, in Cassidy, 2010, p. 10).

interagisce con l'ambiente circostante (Cassidy, ibidem).

Infine, il legame di attaccamento è qualcosa di più che un legame affettivo<sup>44</sup>, poiché si sviluppa verso un soggetto “percepito come più forte e più saggio<sup>45</sup>” e che possa offrire conforto in momenti di pericolo, malessere, paura (Cassidy, ibidem).

Nuovamente è possibile constatare la non equivalenza tra comportamenti di attaccamento e legame di attaccamento: è possibile che comportamenti di attaccamento servano ad un altro sistema comportamentale, così come può accadere che comportamenti di attaccamento vengano indirizzati ad individui con i quali non si è costruito un legame d'attaccamento (Cassidy, ibidem).

Descriveremo ora i sistemi comportamentali<sup>46</sup> maggiormente connessi all'attaccamento, con il fine di comprenderne le reciproche interazioni ed influenze.

Se il sistema di attaccamento ha come obiettivo stabilire un contatto che offra conforto e protezione in caso di pericolo, esso è necessariamente connesso con il sistema della paura. Il bambino che percepisce segnali di paura attiva il sistema di attaccamento, mettendone in atto i comportamenti, sollecitando l'intervento del caregiver che, proteggendolo, ne aumenta la probabilità di sopravvivenza (Cassidy, ibidem).

Il sistema dell'accudimento, quindi, si configura come il sistema complementare a quello di attaccamento: il genitore offre protezione dai pericoli per garantire la sopravvivenza del bambino e quindi la propria fitness inclusiva<sup>47</sup>.

Il sistema dell'esplorazione è invece speculare a quello dell'attaccamento: l'attivazione dell'uno comporta la riduzione dell'altro. Questo meccanismo si rende

---

44 Ainsworth definisce le caratteristiche del legame affettivo: è un legame persistente ed emozionalmente significativo, con una figura non interscambiabile e con la quale si vuole mantenere il contatto, tanto che una separazione causa angoscia (Ainsworth, citata in Cassidy, 2010).

45 Cassidy, 2008, p. 18.

46 La scelta di descrivere tali sistemi deriva dalle descrizioni di Cassidy (2008, p. 12 e ss). Un ulteriore sistema che l'autore cita ma che non è stato incluso in questa trattazione è quello sociale.

47 Per fitness inclusiva si intende “sia il concetto di Darwin di fitness dovuta alla riproduzione individuale [...] sia il concetto di Hamilton di fitness dovuta anche alla riproduzione dei propri parenti biologici”. Simpson e Belsky, in Cassidy e Shaver, 2008 p.155.

necessario per tutelare due scopi, ugualmente rilevanti, di tipo evolutivistico; da un lato l'esplorazione permette la conoscenza del proprio ambiente, dall'altro l'attaccamento protegge dai pericoli in esso presenti (Cassidy, *ibidem*).

La condizione ideale è quindi quella del bambino che si sente libero di esplorare ciò che lo circonda, consapevole della possibilità di chiedere conforto se necessario, ed al tempo stesso libero da intrusioni genitoriali (Bowlby, 1988): si tratta della base sicura descritta da Bowlby: “in sostanza questo ruolo consiste nell'essere disponibili, pronti a rispondere quando chiamati in causa, per incoraggiare e dare assistenza, ma intervenendo attivamente solo quando è chiaramente necessario” (Bowlby, 1988, p. 10).

Queste parole di Bowlby mostrano anche gli avanzamenti della teoria dell'attaccamento; si è arrivati ad ipotizzare, infatti, che non sia la mera vicinanza fisica a garantire il senso di sicurezza.

A tali conclusioni giungono sia Bowlby che Ainsworth, sebbene attraverso percorsi differenti.

Per quanto riguarda lo psicanalista inglese, decisive furono le esperienze con bambini istituzionalizzati od ospedalizzati, nei quali riscontrò la presenza di tre reazioni tipiche e sequenziali alla separazione: la protesta, la disperazione ed il distacco (Kobak & Madsen, 2008).

Bambini che si trovavano in ambienti sconosciuti attivavano la ricerca della figura di attaccamento per ottenerne conforto, ma l'assenza di quest'ultima innescava le reazioni elencate. La fase della protesta si innescava con l'allontanamento della figura di attaccamento e consisteva in pianti, urla e tentativi di impedire la separazione imminente. In questa fase erano evidenti la rabbia, la paura e la sofferenza del bambino, che, ad ogni modo, sperava in un ritorno del caregiver. La fase della disperazione era caratterizzata dalla diminuzione di comportamenti attivi di protesta, sostituiti da atteggiamenti di ritiro e di rassegnazione all'impossibilità del ritorno. In questo caso prevalenti erano la tristezza ed il dolore, benché la diminuzione del pianto ha erroneamente indotto a pensare che il bambino stesse superando la sofferenza per l'assenza materna.



Infine, nella fase del distacco, il bambino mostrava di essere indifferente alla madre, anche all'atto del ricongiungimento. Alcune madri, inoltre, riferirono che i bambini continuavano a trattarle con disinteresse anche dopo la riunione oppure che tentavano di aggrapparsi a loro, come se temessero una nuova separazione (Kobak & Madsen, 2008, Ainsworth & Bowlby, 1991, Bretherton, 1992).

Bowlby sostenne quindi che, una volta formatosi un legame di attaccamento (intorno ai sei mesi del bambino<sup>48</sup>), ogni separazione ne costituisce una minaccia, causando sofferenza nel bambino (Kobak & Madsen, 2008).

Nel solco delle intuizioni di Bowlby si mosse anche Mary Ainsworth, che ideò una situazione strutturata di micro-separazioni tra madre e bambino, inizialmente con lo scopo di comprendere in che modo si alternassero e controbilanciassero il sistema dell'esplorazione e quello dell'attaccamento (Bretherton, 1992).

La Strange Situation, usata per la prima volta nello studio di Baltimora (Behrens et al., 2007) consiste in una serie di episodi di 3 minuti a cui sono sottoposti bambini tra i 12 ed i 18 mesi<sup>49</sup>, per un tempo di 20 minuti (Benoit & Parker, 1994). La procedura consiste nell'accompagnare madre e bambino all'interno di una stanza accogliente e con dei giocattoli ed alternare momenti di esplorazione e di separazione, in presenza o assenza di un estraneo e in un climax stressogeno<sup>50</sup> (Wallin, 2007).

Ainsworth descrisse tre modalità tipiche di reazione alle separazioni ed alle riunioni e le classificò attraverso dei pattern<sup>51</sup>.

La maggior parte dei bambini del campione osservava i giocattoli all'ingresso nella stanza, riduceva l'esplorazione quando entrava l'estraneo o

---

48 Marvin e Britner, 2008.

49 Solomon e George (2008) includono bambini fino a 20 mesi di età.

50 Per il dettaglio degli episodi v. Tabella 2.1.

51 La classificazione in pattern deve la sua origine alle osservazioni naturalistiche condotte da Mary Ainsworth ed il suo gruppo in casa dei bambini del campione. In tali circostanze vennero ideate delle scale per valutare il comportamento del caregiver. Esse riguardavano la sua sensibilità ai segnali del bambino, il grado di cooperazione, l'accettazione o il rifiuto delle richieste del bambino e la disponibilità genitoriale (Weinfield, et al, 2008).

usciva la madre. In quest'ultimo caso poteva mostrarsi sofferente e, sebbene in grado di essere amichevole con l'estraneo e di essere da lui confortato mostrava di preferire la madre. Al rientro della madre, qualunque fosse il grado di turbamento, il bambino mostrava sempre piacere nel rivederla e le rivolgeva un sorriso o un saluto (Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 2008). Questi bambini erano classificati come bambini “sicuri” (Pattern B) in grado di bilanciare attaccamento ed esplorazione.

Un numero minore, ma pur sempre consistente, di bambini appariva curioso ed occupato ad esplorare la stanza ed i giocattoli, senza mostrare interazioni significative con il caregiver, se non quando necessario. Rimaneva tranquillo durante la separazione ed interagiva con l'estraneo. Poteva essere turbato quando era lasciato solo. Al rientro della madre non esprimeva contentezza né cercava un contatto con lei. (Weinfield et al., ibidem). Il sistema prevalente in questi bambini sembra essere quello dell'esplorazione ed essi vengono classificati come “evitanti” (Pattern A).

Infine, un ulteriore sottogruppo adottava un comportamento sbilanciato sul sistema dell'attaccamento. Infatti, questi bambini si mostravano sospettosi e diffidenti per tutta la situazione sperimentale, molto sofferenti durante la separazione e poco capaci di trarre conforto dalla riunione. Alcuni potevano evitare il contatto col caregiver, altri pur cercandolo potevano mescolarlo a reazioni rabbiose ( (Weinfield et al., ibidem). Questi bambini vennero classificati come “resistenti” (Pattern C). Entrambi questi sottogruppi sono stati definiti insicuri.

Tabella 2.1 Gli episodi della Strange Situation		
Evento	Durata	Descrizione
1	1 minuto	<i>Genitore, bambino</i> : la diade entra nella stanza.
2	3 minuti	<i>Genitore, bambino</i> : il bambino si ambienta, esplora. Il genitore lo aiuta solo se necessario.

3	3 minuti	<i>Genitore, bambino, estraneo</i> : un estraneo entra. L'estraneo gioca col bambino durante l'ultimo minuto.
4	3 minuti	<i>Bambino, estraneo</i> : il genitore lascia il bambino solo con l'estraneo. <i>Prima separazione</i> .
5	3 minuti	<i>Genitore, bambino</i> : il genitore ritorna. L'estraneo esce in silenzio. <i>Prima riunione</i>
6	3 minuti	<i>Bambino</i> : il genitore lascia il bambino solo nella stanza. <i>Seconda separazione</i>
7	3 minuti	<i>Bambino, estraneo</i> : l'estraneo entra nella stanza e rimane con il bambino, interagendo se necessario.
8	3 minuti	<i>Genitore, bambino</i> : il genitore ritorna. L'estraneo esce in silenzio. <i>Seconda riunione</i> .
Solomon e George, 2008, pag. 441		

Più dei comportamenti messi in atto durante la separazione dai bambini stupirono quelli osservati alla riunione (Wallin, 2007).

Se il sistema d'attaccamento è universale ed ha la funzione di fornire conforto, perché alcuni bambini erano inconsolabili? E perché altri erano così distaccati? (Wallin, 2007). Se la vicinanza fisica del genitore non portava a risposte comportamentali uniche nei bambini, su che cosa esse si basavano? (Kobak & Madsen, 2008).

Plausibilmente sulle loro interazioni tipiche con il caregiver e quindi sui comportamenti che si aspettavano da lui. Ad esempio, la preoccupazione dei bambini resistenti era la conseguenza di interazioni basate sulla imprevedibilità ma potevano essere presenti segnali di indifferenza materna. Al tempo stesso vi potevano essere comportamenti intrusivi che minacciavano l'esplorazione (Wallin, 2007). Al contrario, bambini che erano in grado di esplorare ed al tempo stesso di fidare in una disponibilità materna erano coloro che avevano fatto esperienza

di madri sensibili e responsive (Bretherton, 1992, Wallin 2007). La freddezza dei bambini evitanti, invece, nascondeva una forte attivazione fisiologica (aumento del battito cardiaco e dei livelli di cortisolo). Sembrava essere la modalità relazionale di bambini che, a causa di ripetute frustrazioni, non chiedevano più conforto. Erano figli di madri che evitavano il contatto fisico, emotivo e che rifiutavano le richieste di conforto (Wallin, ibidem). Ainsworth notò la somiglianza tra i bambini evitanti del suo campione e le descrizioni fatte da Bowlby di bambini che avevano subito separazioni precocemente: “era come se questi bambini evitanti, come i bambini più grandi traumatizzati dalla separazione e dalla perdita, fossero giunti alla conclusione che le loro aperture per avere conforto e cure erano inutili – e pertanto, in un certo senso, si fossero arresi” (Wallin, ibidem, p. 55).

Ciò che il bambino sperimenta nelle interazioni quotidiane si organizza in aspettative sul futuro e ne orienta le azioni: prevedere che la risposta del genitore sarà distanziante porta ad evitare di rivolgersi, non poter prevedere in che modo reagirà fa vivere nella preoccupazione. L'assenza della ricerca di vicinanza, quindi, non indicava un fallimento del sistema d'attaccamento, quanto un suo diverso scopo: la disponibilità, dove essa è intesa come accessibilità e come responsività (Kobak & Masden, 2008).

La sicurezza dell'attaccamento dipende quindi dalla sensibilità del caregiver, dal contatto fisico, dalla prontezza di reazione al pianto, dalla qualità delle cure e della comunicazione (Bretherton, 1992, Wallin 2007, Ainsworth & Bowlby, 1991).

Questo ci permette di comprendere anche le reazioni dei bambini agli episodi di separazione: la minaccia di allontanamento del genitore provoca paura, che a sua volta provoca l'attivazione del sistema di attaccamento, che tenta di ripristinare il contatto; quando l'obiettivo non viene raggiunto vi sono prima proteste rabbiose e poi tristezza quando la valutazione cognitiva riguarda l'impossibilità di ristabilire il contatto (Kobak & Masden, 2008).

Concepire lo scopo del sistema d'attaccamento come qualcosa che

oltrepassa la mera disponibilità fisica ha permesso di applicare la teoria ad altre fasi dell'infanzia (quando le separazioni sono negoziate attraverso la comunicazione<sup>52</sup>), così come all'età adulta.

Gli sviluppi della teoria, inoltre, hanno esteso la gamma di classificazioni possibili, portando all'individuazione di 8 sottogruppi e di una quarta categoria.

Ad esempio, per il pattern B sono state individuate quattro sottocategorie: la B1, tipica di bambini leggermente e costantemente evitanti con una interazione distante, la B2, per bambini evitanti ma che poi ricercano il contatto, la B3, vale a dire la categoria prototipica, e la B4, di bambini “inusualmente preoccupati rispetto alle separazioni” (Beherens et al., 2007, p. 1558). Per il pattern A le sottocategorie sono due: A1, “estremamente evitanti, sono bambini che non piangono nemmeno se lasciati completamente soli, non mostrano rabbia né tentativi di riavvicinamento alla riunione” ed A2, “moderatamente evitanti, possono piangere, anche se solo per pochi istanti, se lasciati soli, possono tentare un avvicinamento alla madre, ma cambiano direzione prima di raggiungerla e possono mostrare lieve rabbia” (Beherens et al., *ibidem* p. 1558). Infine, due sottogruppi per la categoria C: C1, attribuita a bambini che esprimono intenso disagio ed ostilità e che esplorano in maniera molto ridotta e C2, nella quale sono classificati bambini passivi, che non esplorano, né cercano il contatto, né mostrano ansia (Beherens et al., *ibidem*).

La quarta categoria è stata introdotta nel 1986 da Main e Solomon (Beherens et al., *ibidem*) ed è stata definita “disorganizzata/disorientata”, e viene aggiunta ad una delle tre classificazioni principali. La caratteristica basilare di questa categoria è l'assenza di una strategia coerente ed organizzata (Weinfield, et al., 2008). I comportamenti messi in atto sembrano inspiegabili e senza un obiettivo comprensibile (Solomon & George, 2008). Si tratta di comportamenti che appaiono brevemente (tra i 10 ed i 30 secondi), ma costantemente, in tutta la Strange Situation (Wallin, 2007). L'attivazione fisiologica, dedotta dai livelli di cortisolo, risulta essere molto elevata benché non siano state riportate evidenze di

---

52 Cfr. Kobak e Masden, 2008, p. 36 e ss. e Marvin e Britner, 2008 p. 322 e ss.

fattori costituzionali che influenzano tale comportamento (Van IJzendoorn, 1995).

L'ipotesi relazionale è quella di un genitore spaventante, spaventato, abusante o maltrattante, o dissociato. Il bambino vive come pericolosa la richiesta di aiuto ad un caregiver che dovrebbe proteggerlo proprio dai pericoli, e non ha altra scelta che un “collasso strategico [come risposta ad un] terrore senza soluzione” ( Wallin, *ibidem* p. 60). La categoria D è sovra-rappresentata, infatti, in campioni di bambini maltrattati, figli di famiglie con problematiche socio-economiche, di salute mentale o di abuso di sostanze (Wallin, *ibidem*).

Ma attraverso quali processi si strutturano i pattern d'attaccamento? Il ripetersi di sequenze interattive e relazionali tra il bambino ed il caregiver permette al bambino di costruirsi delle aspettative rispetto alle interazioni future e, di conseguenza, lo strutturarsi di modalità relazionali adeguate alla qualità della relazione (Bretherton & Munholland, 2008). Le aspettative si strutturano poi in modelli operativi interni, vale a dire rappresentazioni mentali di sé, dell'altro, del mondo e dello stare in relazione (Bretherton & Munholland, *ibidem*). I modelli operativi interni sono rappresentazioni complementari di sé e del genitore, quindi anticipano anche i risultati dell'azione del bambino (e dell'adulto) sul mondo: un genitore responsivo e disponibile co-costruirà con il proprio figlio la rappresentazione di un bambino efficace ed amabile; viceversa, un genitore inaccessibile o indifferente contribuirà a creare un'immagine di un bambino inefficace ed insicuro (Wallin, 2007). La componente “operativa” dei modelli sta nella loro capacità di modificare ed essere modificati dalle interazioni: ogni sequenza può confermare o disconfermare quanto precedentemente atteso (Wallin, *ibidem*).

Il concetto di modello operativo interno è stato teorizzato da Bowlby integrando l'opera di due brillanti psicologi: Kenneth Craik e Jean Piaget (Wallin, 2007).

Craik ipotizzò l'esistenza di modelli operativi interni, intesi come “modelli in scala ridotta della realtà esterna” (Craik, citato in Wallin, 2010, p. 65) che permettevano all'individuo di anticipare i possibili eventi, di decidere delle

strategie in base all'esperienza passata, di valutare delle alternative e mettere in atto comportamenti efficaci in base all'obiettivo (Wallin, *ibidem*; Bretherton & Munholland, 2008). L'approccio di Craik era di tipo evolucionistico: i modelli operativi interni hanno la funzione di accrescere le possibilità di sopravvivenza in sistemi interagenti con l'ambiente (Bretherton & Munholland, *ibidem*).

Jean Piaget, invece, parlava di “schemi” in cui veniva organizzata la conoscenza del mondo, acquisita dal bambino nella sua interazione con e sull'ambiente circostante (Wallin, 2007).

Il modello operativo di Bowlby si collocò tra queste due teorizzazioni: non si trattava di una mappa statica della realtà ma di una rappresentazione dinamica e flessibile che non riguardava solo l'ambiente fisico ma anche le modalità relazionali (Bowlby, citato da Bretherton & Munholland, *ibidem*).

I modelli operativi, inoltre, si complessificano in base allo sviluppo del bambino e del suo sistema di attaccamento (Bretherton & Munholland, *ibidem*).

La prima fase individuata da Bowlby dura dalla nascita alle 8-12 settimane successive (Marvin & Britner, 2008). In queste precocissime fasi di sviluppo vi è una predisposizione all'interazione da parte del bambino e all'accudimento da parte del genitore ma non è ancora organizzata: il bambino piange e sorride e ciò suscita la risposta del caregiver e sulla base di queste prime risposte si iniziano a stabilire pattern di interazione. In questo periodo il bambino inizia a sviluppare due sistemi fondamentali per l'attaccamento: il sistema visivo ed il sistema uditivo. Il primo favorisce il riconoscimento di stimoli umani e la possibilità di seguire i movimenti, il secondo di riconoscere le voci umane. Con lo sviluppo del sistema motorio è possibile concatenare azioni: udire una voce umana e seguire lo stimolo attraverso il movimento per vedere un volto e, dopo i due mesi, afferrare un dito. È ovviamente l'adulto, con le sue risposte, a permettere la sincronizzazione diadica, poiché il sistema di attaccamento infantile funziona soltanto sulla base di attivazioni-disattivazioni in base a stimoli e risposte (Marvin & Britner, 2008).

Nella seconda fase il bambino acquisisce maggiore spazio nella relazione:

diminuiscono gli stimoli che attivano o disattivano il comportamento di attaccamento, il bambino inizia a differenziare il caregiver principale e diventa più capace di iniziare sequenze interattive con l'adulto (Marvin & Britner, 2008). In questa fase iniziano a strutturarsi le differenze individuali: le madri dei bambini evitanti rispondono meno al pianto dei propri figli, sono meno sensibili e concedono meno contatto fisico. Le madri di bambini sicuri, invece, sono più sensibili, hanno più contatto visivo durante l'allattamento ed i loro tempi di risposta sono minori (Marvin & Britner, ibidem; Weinfeld et al., 2008). In queste prime due fasi, in ogni caso, i modelli operativi interni riflettono soltanto "sequenze comportamentali concatenate" (Marvin & Britner, ibidem, p. 316); solo nelle fasi successive di sviluppo saranno possibili rappresentazioni mentali più complesse. La terza fase è considerata da molti studiosi quella in cui si struttura veramente la relazione di attaccamento (Marvin & Britner, ibidem) e comprende il periodo tra i sei ed i nove mesi del bambino; è lo stadio di sviluppo nel quale emergono nuove competenze comunicative, cognitive e di locomozione. Le comunicazioni, sia verbali che non verbali, l'intenzionalità e la maggiore autonomia di movimento risultano essere orientate ad uno scopo, e flessibili rispetto ai feedback dell'ambiente. I modelli operativi interni iniziano a contenere immagini di sé e dell'altro, basati sull'esperienza che le nuove capacità permettono di organizzare. Non è ancora presente, però, la percezione dell'esistenza di obiettivi e scopi dell'altro, diversi dai propri. (Marvin & Britner, ibidem).

L'ultima fase, che inizia a strutturarsi tra i due ed i tre anni di età, è stata definita la fase della "cooperazione regolata dall'obiettivo" (Marvin & Britner, ibidem, p. 323): in essa i bambini sono in grado di riconoscere i propri obiettivi, quelli altrui, la loro possibile inconciliabilità, ma anche di mettere in atto strategie per modificare i propri scopi, ad esempio inibendo i propri comportamenti, o quelli del caregiver, il tutto orientato ad un piano condiviso (Marvin & Britner, 2008).

La cooperazione regolata dall'obiettivo si basa sullo schema comportamentale più complesso: "lo schema corretto secondo lo scopo" (Marvin



& Britner, ibidem p. 312).

Marvin & Britner, infatti, hanno individuato, parallelamente all'instaurarsi di modelli operativi progressivamente più articolati, l'esistenza di sistemi comportamentali a complessità crescente.

I sistemi comportamentali sono sequenze di comportamenti organizzati in schemi dall'evoluzione e sono predisposti all'attivazione, modulazione o cessazione di comportamenti (Marvin & Britner, ibidem). Il più elementare è il riflesso, risposta immediata e di breve durata ad uno stimolo, affiancato dallo "schema fisso d'azione" ((Marvin & Britner, ibidem, p. 311), più strutturato e che riceve feedback dall'ambiente ed ha un risultato prevedibile ma non intenzionale<sup>53</sup> (Marvin & Britner, ibidem). Infine, lo schema corretto secondo lo scopo implica la presenza e l'utilizzo di rappresentazioni mentali che permettono di ipotizzare, prevedere e scegliere strategie alternative. Liotti (2005) ha collegato ai sistemi comportamentali le emozioni poiché ha sostenuto che le sequenze comportamentali si basano su "processi motivazionali a base innata, anch'essi precedenti filogeneticamente e ontogeneticamente la cognizione e la coscienza umana, capaci di organizzare in sequenza, e dunque in un certo senso di regolare, l'espressione delle emozioni di base" (Liotti, 2005 p. 109). Esistono quindi delle sequenze emozionali tipiche di ogni sistema<sup>54</sup>, su base innata, e che operano oltre la cognizione esplicita.

Queste emozioni di base (Liotti, ibidem) vengono successivamente ricategorizzate, cioè viene loro attribuito un nome che può corrispondere in misura maggiore o minore alla "categoria percettiva distinta" (Liotti, ibidem p. 114) di base. L'adeguatezza risiede nel riconoscimento della funzione evolutivistica dell'emozione e della sua finalità (Liotti, ibidem). Quando l'altro significativo riconosce e valida le emozioni favorisce l'instaurarsi di aspettative e

---

53 Un esempio di "schema fisso d'azione" è il rooting, la ricerca del capezzolo con la bocca da parte del neonato che è inserito in una sequenza complessa, attivata dal pianto e disattivata dalla suzione. Un'affascinante descrizione è quella di Marvin e Britner, 2008, p. 311.

54 I sistemi motivazionali individuati da Liotti si dividono in sistemi motivazionali non sociali, interpersonali ed epistemici. I sistemi motivazionali interpersonali sono il sistema dell'attaccamento, il sistema dell'accudimento, il sistema competitivo, il sistema cooperativo ed il sistema sessuale (Liotti, 2001 in Liotti, 2005).

rappresentazioni, prima implicite (MOI) e poi esplicite (memoria semantica ed autobiografica), che riconoscono la validità e la funzione delle emozioni e ciò garantisce la sicurezza dell'attaccamento (Liotti, ibidem).

Se il genitore non riconosce ed al contrario rifiuta, ridicolizza o stravolge le emozioni ed i comportamenti legati all'attaccamento induce il bambino a mettere in atto processi di esclusione difensiva o di dissociazioni di informazioni dolorose o ingestibili: si sviluppano modelli operativi incompatibili o segregati (Bretherton & Munholland, 2008). L'incompatibilità indica due (o due insieme di) modelli operativi in conflitto tra loro, dei quali uno viene escluso dalla coscienza; la segregazione, invece, determina la presenza di “sé dissociati multipli ognuno dei quali ha accesso ad un diverso modello operativo organizzato” (Bretherton & Munholland, ibidem p. 122).

I modelli operativi interni discendono direttamente dalle relazioni infantili e tendono a mantenersi stabili ed a trasmettersi attraverso le generazioni (Liotti, 2005). Sono tre i motivi adottati da Bretherton e Munholland (2008) alla stabilità dei MOI. Innanzitutto, le percezioni sono influenzate dalle aspettative, in secondo luogo una eventuale variazione di sequenza interattiva da parte di un attore indurrà l'altro a riportare l'interazione nelle modalità abituali, terzo gli schemi interattivi vengono progressivamente interiorizzati.

La trasmissione intergenerazionale, invece, verrà messa in relazione all'Adult Attachment Interview e verrà quindi analizzata in seguito (cfr. 2.3).

### **2.3 L'Adult Attachment Interview**

I modelli operativi interni sono fenomeni rappresentazionali (Wallin, 2007) e la ricerca ha dovuto interrogarsi su come investigarli. Mary Main sostenne che non fosse possibile indagare direttamente modelli rappresentazionali ed ideò la Adult Attachment Interview per poter dedurre le rappresentazioni mentali adulte sull'attaccamento utilizzando altri elementi, quali la narrazione (Wallin, ibidem).

Sebbene in un primo momento si fosse pensato di poter classificare le

descrizioni dell'AAI in termini di modelli operativi interni, fu Main stessa a dichiarare errato e fuorviante questo tentativo (Bretherton & Munholland, 2008).

L'obiettivo dichiarato della Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1985) è di comprendere lo stato della mente *attuale* del soggetto rispetto alle relazioni d'attaccamento (Wallin, 2007).

La Strange Situation e l'AAI misurano quindi due costrutti diversi (rispettivamente una relazione d'attaccamento specifica del bambino con un caregiver e lo stato della mente rispetto all'attaccamento in generale), attraverso due diversi parametri (rispettivamente il comportamento e la narrazione).

L'Adult Attachment Interview è un'intervista semi-strutturata, composta da 20 domande e della durata di circa un'ora. La sequenza delle domande è stata elaborata per attivare il sistema dell'attaccamento o, secondo le parole di Main stessa, “per prendere alla sprovvista l'inconscio” (Main, citata in Wallin, 2007 p. 67). Si tratta di domande che indagano le prime relazioni infantili, le esperienze di perdita e di separazione, inducendo il soggetto a produrre racconti sulle proprie esperienze di vita (Wallin, *ibidem*).

Ad una domanda generale, nella quale si chiede all'intervistato di descrivere la propria famiglia, seguono due domande specifiche: il soggetto deve provare a descrivere la relazione con ognuno dei genitori, utilizzando cinque aggettivi per ciascuna relazione. Tali aggettivi dovranno poi essere argomentati attraverso specifici episodi (Hesse, 2008). L'intervistato dovrà poi raccontare a quale genitore si sentiva più vicino ed il motivo, che cosa faceva quando da bambino si sentiva turbato<sup>55</sup>, si era fatto male o era malato, ed esemplificarli con un aneddoto; viene poi chiesto di raccontare la prima separazione dai genitori, se si è mai sentito rifiutato dai suoi genitori e come ricorda di aver reagito a tali rifiuti, se si è mai sentito minacciato dai suoi genitori. Si chiede poi all'intervistato di riflettere su come queste esperienze abbiano potuto influenzare la sua vita attuale, di provare a spiegare il perché di alcuni comportamenti genitoriali, e di

---

<sup>55</sup> Hesse ha sottolineato le differenti sfumature che può assumere il termine “upset” in inglese. Può indicare “essere turbato, sconvolto, offeso, contrariato o più semplicemente seccato” (Hesse, 2008 p. 683). È l'intervistatore, sottolinea Hesse, a scegliere il termine più adatto quando necessario.

descrivere le sue relazioni presenti con i suoi genitori (Hesse, 2008). Vengono indagate inoltre le esperienze di abuso o di traumi, l'esistenza di altre figure che svolgevano ruoli genitoriali durante l'infanzia, le esperienze di perdita durante tutto il corso di vita. Si chiede infine di descrivere (o di immaginare) il proprio stato d'animo in una separazione con il figlio, le influenze dei propri genitori rispetto al proprio comportamento con i propri figli ed esprimere desideri per i figli nel futuro (Hesse, 2008)<sup>56</sup>.

Nel rispondere alle domande l'intervistato ricostruirà la propria storia, utilizzando episodi autobiografici, mettendoli in relazione tra loro, dovendo simultaneamente riflettere e raccontare episodi ed al tempo stesso mantenere un dialogo cooperativo con l'intervistatore (Hesse, 2008). Inoltre essa attiva il sistema di attaccamento e permette di comprendere se i soggetti dispongono di un'attenzione flessibile e di una narrativa coerente, quando si confrontano con tematiche legate all'attaccamento (Hesse, 2008).

La flessibilità attentiva viene mutuata dalla *Strange Situation*: Main (1990, citata in Hesse 2008) aveva individuato la capacità di dirigere alternativamente l'attenzione all'ambiente ed al caregiver nei bambini sicuri, a differenza dei bambini evitanti, che si concentravano sull'ambiente, evitando l'adulto, e dei bambini preoccupati, che si focalizzavano sul genitore, ignorando ciò che li circondava. Estendere queste categorie all'AAI permette di individuare adulti autonomi, capaci di descrivere e riflettere sulle proprie esperienze di attaccamento, distanzianti, che evitano di rispondere alle domande in maniera esaustiva e preoccupati che non riescono a concentrarsi sulle domande poiché fortemente invischiati nella relazione di attaccamento (Hesse, 2008).

La coerenza del discorso invece fa riferimento alle quattro massime di Grice<sup>57</sup> (Hesse, ibidem; van Ijzendoorn, 1995; Bara, 2000): qualità, quantità, modo e relazione. Una affermazione è qualitativamente corretta quando il soggetto dice la verità e fornisce evidenze di tale verità; è quantitativamente

---

<sup>56</sup> Il protocollo viene descritto in maniera più esauriente da Hesse, 2008 p. 639 e ss., mentre l'intervista completa è da richiedere a Hesse e Main.

<sup>57</sup> Secondo Grice la comunicazione dipende da un accordo comune per un obiettivo condiviso. All'interno di esso vi sono mosse ammissibili e non ammissibili (Cfr. Bara, 2000 p. 233).

adeguata quando l'interlocutore non si dilunga eccessivamente ma fornisce un numero adeguato di elementi che rendano completa la risposta (Hesse, ibidem).

È salvaguardata la massima della relazione quando il contenuto è pertinente rispetto alla domanda dell'altro interlocutore, mentre il modo deve essere “chiaro ed ordinato”<sup>58</sup> (Hesse, 2008 p. 643; van IJzendoorn, 1995 p. 388).

La valutazione della flessibilità attentiva e della coerenza della narrativa permettono di classificare gli individui secondo tre categorie: i sicuri-autonomi (F), i distanzianti (Ds) ed i preoccupati (E)<sup>59</sup>.

La categoria dei “sicuri-autonomi” include coloro che sono in grado di parlare della propria esperienza in modo articolato ed adeguato. Sono capaci di riflettere su ciò che raccontano, di comprendere le proprie emozioni rispetto alle relazioni vissute, le motivazioni proprie ed altrui. Non necessariamente le relazioni descritte da questi individui sono positive, ma ciò che li rende sicuri è l'equilibrio presente nella narrazione. Quando i contenuti del racconto sono molto negativi, e ciò nonostante ben organizzati, si parla di “sicuri guadagnati” (earned), intendendo che altre relazioni successive (con un partner, un amico, un terapeuta) hanno permesso lo sviluppo di una narrazione coerente e congrua (Van IJzendoorn, 1995; Wallin, 2007). Inoltre, gli individui sicuri sono in grado di operare simultaneamente su due livelli: quello dell'esperienza delle emozioni nel *hic et nunc* dell'intervista e quello della riflessione su tali esperienze. Main ha definito questa capacità il “monitoraggio metacognitivo” ed ha approfondito il ruolo che esso occupa nella trasmissione intergenerazionale degli stili di attaccamento (Wallin, 2007).

La classificazione “distanziante” si riferisce a coloro che tendono a sminuire l'importanza delle relazioni d'attaccamento. Le loro risposte sono spesso sbrigative e brusche e le loro narrazioni appaiono idealizzanti o, al contrario, svalutanti. In particolare è evidente l'assenza di corrispondenza tra gli aspetti semantici e quelli episodici. Il trascritto dell'intervista viola le massime di quantità (risposte laconiche) e della qualità (non sono presenti evidenze di ciò che è

---

58 Hesse (2008) fornisce numerosi esempi di risposta (cfr. p. 643 e ss.).

59 Esempi di risposta per ognuna delle classificazioni vengono forniti nella tabella 2.2.

raccontato). Spesso, inoltre, viene addotta l'impossibilità di ricordare e l'allontanamento dell'attenzione da stimoli di attaccamento (Wallin, 2007; Hesse, 2008).

I soggetti classificati come “preoccupati<sup>60</sup>” mostrano iperattivazione rispetto alle relazioni d'attaccamento. Le risposte mostrano spesso violazioni della massima della relazione, poiché non sono pertinenti alla domanda, della quantità, poiché sono troppo lunghe e del modo, poiché vi possono essere espressioni senza senso, ripetizioni inutili, linguaggio infantile. Inoltre i trascritti mostrano che l'intervistato è intrappolato nella relazione di attaccamento: spesso si rivolge al genitore direttamente, come se fosse presente. Spesso si ha l'impressione che vi siano conflitti o sentimenti rabbiosi ancora molto forti. (Hesse, ibidem; Wallin, 2007).

Tabella 2.2 Il discorso nell'AAI	
Categoria dell'AAI	Esempio di risposta
Sicuro-autonomo (F)	“[...] Quella volta che ho dato fuoco al garage con il Piccolo Chimico di mio fratello che, sono sicurissimo, non avrei dovuto toccare e sono scappato quando i vicini hanno telefonato ai pompieri per il fumo. Mi aspettavo di ricevere una lezione di vita, ma lei invece è corsa dritto verso di me, mi ha sollevato e mi ha abbracciato fortissimo. Credo che fosse così spaventata e così contenta di vedermi, che semplicemente si scordò la punizione. Più tardi poi ci furono delle piccole allusioni a tavola sull'incidente, ma diciamo che, di fondo, quello che ha fatto quella volta è veramente amorevole”.
Distanziante (Ds)	“Non ricordo...(pausa di 5 secondi). Beh, perché era premurosa e supportiva. [L'intervistatore chiede di fornire un esempio] (pausa di 10 secondi) Beh...(pausa di 5 secondi), immagino che è, beh, sa, era molto bella e si prendeva molto cura di sé. Tutte le volte che mi accompagnava a scuola io ero sempre tanto orgogliosa di questo quando andavamo al parco giochi.

<sup>60</sup> La “E” della classificazione deriva dalla dicitura originale “entangled”, che significa “invischiato, intrappolato”, in opposizione al sicuro “free”, libero.

Preoccupato (E)	“Non rende l'idea. Urlava, urlava e urlava - “Perché non hai fatto questo, perché non hai fatto quello?” Beh, mamma, perché sei stata con me tutto il tempo, come la settimana scorsa che hai iniziato a urlare al tuo unico nipote quando ti abbiamo invitato per il pranzo. È arrabbiata? È arrabbiata con me, è arrabbiata con il suo ultimo marito – l'ultimo di una lunga serie – e ora è arrabbiata con il suo vicino per un albero che si suppone le blocchi la visuale, e così via e così via. È più che semplicemente difficile; esaspera ogni piccola cosa, come stavo dicendo la settimana scorsa a pranzo, e...(continua)
Adattata da Cassidy e Shaver, 2008 pagg. 643-648	

Main e Goldwyn (1984), come ha riportato Hesse (2008), si accorsero che i trascritti avevano delle caratteristiche ricorrenti che permettevano di definire 12 sottocategorie: quattro tipologie di distanzianti, cinque di sicuri-autonomi, e tre di preoccupati<sup>61</sup>.

I trascritti di adulti distanzianti potevano essere estremamente idealizzanti ed al tempo stesso privi di ricordi (Ds1), decisamente svalutanti (Ds2), meno idealizzanti della categoria Ds1 ma con espressioni di risentimento (Ds3) o potevano mostrare un eccessivo timore di morte del figlio (Ds4). Quest'ultima categoria è molto rara (Hesse, ibidem).

Tra gli adulti sicuri, invece, sono stati individuati (Hesse, ibidem) due tipi di trascritti differentemente distanzianti (F1 e F2), i sicuri prototipici (F3) e i sicuri con qualche tratto preoccupato (F4 ed F5).

Per quanto riguarda la classificazione “preoccupato”, sono state individuate tre categorie: i preoccupati passivi (E1), arrabbiati (E2) e spaventati (E3).

Infine, vennero individuate due ulteriori categorie: gli irrisolti/disorganizzati (U) e coloro che non potevano essere classificati (CC, cannot classify).

La classificazione “irrisolta” si applica a quei trascritti che mostrano

---

<sup>61</sup> Tali classificazioni non corrispondono esattamente a quelle individuate da Mary Ainsworth nella Strange Situation.

“cadute nel monitoraggio del ragionamento o discorso” (Wallin 2007, p. 165), vale a dire che nelle narrazioni ci sono brevi ma ripetute perdite di coerenza causale e temporale, cambi bruschi di registro, descrizioni incompatibili. Esse avvengono in concomitanza di narrazioni che riguardano perdite, abusi o traumi non risolti e sembrano indicare che l'unica strategia possibile di fronte ad essi è un'alterazione della coscienza, una parziale dissociazione.

La categoria *cannot classify*, invece, viene utilizzata per narrazioni globalmente incoerenti, difficili da classificare in una singola categoria insicura o quando l'intervistato sembra voler opporre un rifiuto o provocare timore nell'intervistatore (Hesse, 2008).

Analizziamo ora in che modo vengono classificate le narrazioni all'Adult Attachment Interview.

Nella codifica dell'Adult Attachment Interview vengono utilizzate delle scale che registrano l'esperienza infantile dell'intervistato, altre che registrano il suo stato della mente rispetto all'attaccamento ed in base ad esse l'intervistato viene assegnato ad una categoria e ad una sottocategoria (Hesse, *ibidem*).

Le scale dell'esperienza rilevano i comportamenti di amorevolezza del genitore e sono compilate dall'intervistatore in base a ciò che l'intervistato ha raccontato. Si tratta di scale a nove punti e vengono forniti esempi di comportamenti non amorevoli e di esperienze globali; inoltre vengono fornite indicazioni sul significato semantico di ogni punteggio<sup>62</sup>.

Le scale che valutano lo stato dell'attaccamento sono nove e sulla loro base viene effettuata la classificazione, ma esse possono essere compilate solo dopo le scale dell'esperienza: si può assegnare un punteggio all'idealizzazione o alla svalutazione dei genitori solo dopo che l'intervistatore ha in mente una ipotetica amorevolezza genitoriale (Hesse, *ibidem*).

Tra le scale dello stato della mente Hesse (*ibidem*) cita: la scala della coerenza, la scala del monitoraggio cognitivo, la scala dell'idealizzazione, la scala della mancanza di ricordi dell'infanzia, la scala del distanziamento, la scala della

---

<sup>62</sup> Maggiori dettagli sono forniti da Hesse, 2008 p. 650.



rabbia e della passività.<sup>63</sup>

Particolare rilevanza è attribuita alla scala della coerenza, sia perché è estremamente connessa all'attaccamento sicuro in età adulta, sia perché implica una dimensione di cooperazione relazionale con l'intervistatore (Hesse, ibidem) .

In base ai punteggi ottenuti alle scale dell'esperienza ed alle scale dello stato della mente il codificatore analizzerà la corrispondenza tra le caratteristiche dei trascritti e quelle delle categorie e delle sotto-categorie, ed effettuerà l'assegnazione.

È stata riscontrata una notevole continuità tra lo stato mentale del genitore rispetto all'attaccamento ed il comportamento del bambino alla Strange Situation; inoltre è stata dimostrata un'elevata concordanza all'interno di tre generazioni (Benoit & Parker, 1994; Behrens et al, 2007; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993; van IJzendoorn, 1995).

I dati di Benoit e Parker (1994), ad esempio, hanno mostrato che, nell'81%<sup>64</sup> dei casi da loro analizzati, il risultato della madre all'Adult Attachment Interview (AAI) prediceva il comportamento dei loro figli durante la Strange Situation (usando la classificazione con tre categorie) e che nel 65% dei casi la classificazione a tre categorie dell'attaccamento era stabile in tutte e tre le generazioni (nonne-madri-nipoti). Gli autori hanno al tempo stesso mostrato cautela nell'interpretazione dei dati poiché il campione studiato non è stato considerato rappresentativo della popolazione generale e l'approfondimento delle caratteristiche psicologiche delle madri non è stato considerato adeguato (Benoit & Parker, ibidem).

Lo studio di Behrens, Hesse e Main, invece, ha testato la concordanza di classificazione tra madri e bambini di sei anni; alle prime è stata somministrata l'Adult Attachment Interview, i secondi venivano invece classificati sulla base del

---

63 È possibile rilevare una diretta corrispondenza tra elevazioni ai punteggi delle scale e violazioni delle massime di Grice (Hesse, ibidem).

64 Van IJzendoorn (1995) ha mostrato una corrispondenza tra l'attaccamento (sicuro o insicuro) dei bambini e lo stato della mente del genitore del 75% . Al tempo stesso la corrispondenza dell'attaccamento è maggiore tra i bambini e le loro madri piuttosto che con i padri. Inoltre, la corrispondenza non è limitata alla distinzione “sicuro-insicuro” ma si applica ad ognuna delle tre classificazioni.

loro comportamento alla riunione con la madre dopo una separazione di circa un'ora (il tempo di somministrazione dell'AAI). La corrispondenza verificata, in una classificazione a tre categorie è stata del 73% (Behrens et al., 2007).

Nonostante il numero esiguo di studi che hanno studiato la corrispondenza tra l'attaccamento infantile e lo stato della mente genitoriale attraverso le quattro categorie, van IJzendoorn ha affermato che lo stato della mente irrisolto ha una forte valenza predittiva rispetto all'attaccamento disorganizzato/disorientato del bambino (van IJzendoorn, 1995).

È stato supposto che lo stato della mente dell'adulto rifletta la responsabilità<sup>65</sup> e sensibilità del caregiver (Bretherton, 1992). L'ipotesi è che genitori autonomi siano in grado di percepire ed offrire più rapidamente e più adeguatamente risposte ai segnali di attaccamento dei propri figli, cosa che appare difficile per i genitori di bambini insicuri (van IJzendoorn, 1995).

Negli adulti distanzianti, invece, le richieste di conforto dei propri figli attivano stati della mente dolorosi connessi all'attaccamento e che, per questo motivo, devono essere evitati (Van IJzendoorn, 1995). L'idealizzazione e la svalutazione permettono quindi di tenere lontani ricordi penosi e per il medesimo fine vengono rifiutati o ignorati i bisogni connessi all'attaccamento espressi dai propri figli. Consapevolmente gli adulti distanzianti possono solo descrivere relazioni positive ed escludere dalla memoria relazioni difficili, o attraverso l'assenza del ricordo o attraverso la legittimazione dell'agito genitoriale (Van IJzendoorn, 1995).

L'angosciosa infanzia del genitore distanziante viene da lui descritta come un'opportunità di crescita e di autonomizzazione. A non essere legittimati sono i bisogni di attaccamento, di conforto e di vicinanza emotiva. Il senso di indipendenza e di forza descritto consapevolmente da adulti distanzianti cela timori di vulnerabilità e rifiuto. Ne risultano forti sentimenti di rabbia e l'inadeguato accesso agli stati della mente propri e altrui (Wallin, 2007).

Gli adulti preoccupati, invece, dirigono la loro attenzione prevalente alle

---

<sup>65</sup> Van IJzendoorn, al contrario, ha sostenuto che la responsabilità svolge un ruolo soltanto parziale nella trasmissione intergenerazionale. (Van IJzendoorn, 1993).

proprie emozioni e relazioni di attaccamento, specie passate. L'attenzione della figura di attaccamento è possibile solo in caso di estrema attivazione emotiva ed, in ogni caso, essa risulta imprevedibile. Convivono quindi nell'adulto preoccupato angosce molto forti e timori di abbandono, dovuti alla disponibilità intermittente dell'adulto. Il timore di abbandono diventa intrusività ed inibizione dell'autonomia nella relazione con i propri figli. La ridotta esplorazione di questi bambini si tramuta, in età adulta, nella carente capacità introspettiva, come se fosse impossibile qualunque tipo di esplorazione, anche cognitiva (Wallin, 2007).

I genitori preoccupati, inoltre, si mostrano incapaci di sintonizzarsi sui bisogni del bambino poiché eccessivamente coinvolti nei propri.

Infine gli adulti disorganizzati/disorientati hanno strutturato una forte negazione dell'evento traumatico che può essere rievocato dai comportamenti di attaccamento del bambino (pianti, richieste di vicinanza). Il genitore irrisolto può avere forti sentimenti di rabbia, o apparire al bambino come spaventato o timoroso del contatto fisico. Il bambino, che si attribuisce la colpa della paura del genitore, o che è da lui spaventato, non può che rinnegare tali esperienze (Wallin, 2007).

Bowlby (in Bretherton & Munholland, 2008) sostiene che, parallelamente alle relazioni infantili, vi sia un enorme contributo delle modalità comunicative nella trasmissione di pattern di attaccamento. Van IJzendoorn (1993) ha individuato tre modalità comunicative, proprie di ogni classificazione; i genitori sicuri-autonomi adottano una comunicazione “aperta”, quelli distanzianti comunicano in modo “difensivo” e quelli preoccupati in modo “eccessivamente coinvolto” (pp. 397-398).

La trasmissione intergenerazionale, quindi, si basa su modalità ricorrenti di interazione, di comunicazione e sulla disponibilità di capacità metacognitive.

Liotti e Fonagy (Bara 2005, Wallin, 2007), seppur in maniera differente, hanno evidenziato che la capacità di regolazione delle emozioni e di mentalizzazione riveste un ruolo essenziale nella trasmissione intergenerazionale: i genitori insicuri possono non essere in grado di comprendere empaticamente le

emozioni dei propri figli oppure possono non avere la capacità di affrontare tali emozioni. In entrambi i casi il bambino si approprierà delle strategie genitoriali, organizzandosi a sua volta in modo insicuro (Wallin, 2007).

Gli studi fin qui citati mostrano la validità predittiva dell'Adult Attachment Interview, mentre gli studi riportati da Bakermans-Kraneburg e van IJzendoorn (1993) ne hanno indagato la attendibilità e la validità discriminante.

L'attendibilità viene valutata attraverso il metodo del test-retest e dell'accordo tra esaminatori indipendenti, vale a dire la consistenza interna (Peton & Gnisci, 2004).

L'intervallo scelto dagli autori per le somministrazioni dell'AAI è stato di due mesi, per limitare le possibilità che gli intervistati potessero ricordare le domande ed al tempo stesso perché non vi fossero cambiamenti sostanziali nelle loro vite (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn 1993).

Il 78% degli intervistati venne classificato nella stessa categorizzazione (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn, 1993), se ad essere considerate sono le tre classificazioni, scende al 61% se si considerano le quattro categorie. Gli autori sottolineano però che, se gli intervistati che hanno subito recentemente una perdita non vengono classificati come irrisolti, la percentuale di concordanza torna ad essere del 71%. Non sono state rilevate, inoltre, differenze essenziali tra coloro che hanno e coloro che non hanno cambiato categorizzazione, rispetto allo scopo dell'intervista o ai propri sentimenti rispetto ad essa (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn, ibidem) ma coloro che sono stati classificati in modo diverso hanno riflettuto sui contenuti dell'intervista<sup>66</sup>.

Rispetto all'accordo tra valutatori indipendenti, non sono emerse correlazioni tra gli intervistatori e specifiche classificazioni (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn, ibidem).

La validità discriminante è stata valutata dagli autori attraverso tre parametri: la memoria non connessa all'attaccamento, l'intelligenza e la

---

<sup>66</sup> Al tempo stesso questi intervistati hanno espresso più frequentemente la convinzione di aver risposto all'AAI nello stesso modo rispetto alla volta precedente. A parere di chi scrive questo è indicativo delle dimensioni di inconsapevolezza che fa emergere lo strumento.

desiderabilità sociale. È emerso che la capacità di fornire resoconti autobiografici connessi ad esperienze di attaccamento non è correlata con la memoria autobiografica non connessa all'attaccamento<sup>67</sup>, che l'assegnazione ad una categoria non è in relazione né con l'intelligenza del soggetto né con il desiderio di apparire socialmente più desiderabili (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn, ibidem).

Il crescente interesse per lo stato della mente nell'età adulta ha generato una grande quantità di studi sull'AAI e sulla distribuzione dell'attaccamento, che sono stati raccolti e studiati da Bakermans-Kraneburg e van IJzendoorn (2009).

Esulano dall'intento di questa trattazione le distribuzioni, pure interessanti, rispetto all'età, o gli interrogativi rispetto alla stabilità cross-culturale, mentre verranno illustrate le distribuzioni in campioni non clinici ed in campioni clinici o a rischio.

Nei campioni non clinici nordamericani, il 23% delle madri è classificato come distanziante, il 58% come sicuro-autonomo ed il 19% come preoccupato; con la classificazione a quattro categorie, invece, sono il 16% le madri distanzianti, il 56% le sicure-autonome, il 9% le preoccupate ed il 18% sono le irrisolte/inclassificabili<sup>68</sup> (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn 2009).

Nei campioni a rischio<sup>69</sup> il numero di adulti distanzianti è più elevato (42%), mentre diminuisce il numero di autonomi-sicuri (41%); resta quasi invariato il numero di preoccupati (17%). Se ad essere considerate sono le quattro categorie avremo il 32% di distanzianti, il 30% di sicuri-autonomi, il 7% di preoccupati ed il 32% di irrisolti/inclassificabili (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn 2009).

Nei campioni clinici, infine, il 37% dei soggetti è stato classificato come

---

67 Appare sorprendente che gli adulti distanzianti, incapaci di fornire evidenze episodiche durante l'AAI siano i più rapidi a fornire dati autobiografici quando non è implicato l'attaccamento (Bakermans-Kraneburg e van IJzendoorn, 1993).

68 Bakermans-Kraneburg e van IJzendoorn (1993) hanno specificato che l'elevata percentuale di insicuri è da considerare in relazione al fatto che non è stata effettuata una selezione del campione in base all'assenza di malattie mentali e che un campione con tali caratteristiche potrebbe mostrare un minor numero di soggetti insicuri (ibidem, p. 246).

69 Il campione a rischio descritto da Bakermans-Kraneburg e van IJzendoorn (2009) ha un basso status socio-economico, con possibili fattori di rischio aggiuntivi.

distanziante, il 27% come sicuro-autonomo, il 37% come preoccupato; di fatto oltre il 73% appartiene ad una classificazione insicura. Nella classificazione a quattro vie, risultano essere il 23% i distanzianti, il 21% i sicuri-autonomi, 13% i preoccupati e 43% gli irrisolti/inclassificabili (Bakermans-Kraneburg & van IJzendoorn 2009).

In linea generale è stata osservata una maggiore occorrenza di disturbi psicopatologici nelle categorie insicure; in particolar modo i disturbi internalizzanti (ad esempio il disturbo di personalità border-line) e le violenze all'interno della famiglia sembrerebbero correlati alla classificazione preoccupata, le condotte antisociali o la violenza rivolta verso sé stessi o il mondo esterno sarebbero correlati con uno stato della mente distanziante mentre esperienze di traumi, abusi e perdite sarebbero correlati con stati della mente irrisolti. Inoltre, è stato dimostrato che campioni di basso status socio-economico siano caratterizzati da una minore stabilità dell'attaccamento (Weinfield et al., 2008). I primi studi sulla stabilità dei pattern di attaccamento si sono basati, deliberatamente, su campioni di soggetti appartenenti alla classe media: si supponeva che essi avrebbero sperimentato meno cambiamenti o eventi stressanti e lo studio di tali campioni fungeva da preconditione per l'analisi successiva di fattori modificanti i pattern d'attaccamento precedenti (Vaughn, Egeland, Sroufe & Waters, 1979). Difatti, campioni di diadi di basso status socio-economico presentano una maggiore discontinuità rispetto ai pattern di attaccamento (van IJzendoorn, 1995; Vaughn et al., ibidem), correlati a resoconti di eventi stressanti da parte delle madri; al tempo stesso condizioni socio-lavorative e relazionali immutate non conducono necessariamente a miglioramenti nell'ambiente familiare di accudimento (Vaughn et al., ibidem).

## **CAPITOLO 3**

### **LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO NELL'APPROCCIO CLINICO AL DISTURBO DELL'IDENTITÀ DI GENERE**

#### **3.1 Una descrizione del disturbo dell'Identità di Genere attraverso la teoria dell'attaccamento**

L'ambizioso interrogativo al quale questa trattazione intende provare a rispondere riguarda il modo in cui la teoria dell'attaccamento ha tentato di comprendere il Disturbo dell'Identità di Genere, ma anche quali sono stati i contributi rilevanti e quali gli aspetti non ancora indagati. Ed infine, in che modo la teoria dell'attaccamento può permettere al clinico un supporto adeguato ed efficace.

La rassegna della letteratura ha fatto sorgere in chi scrive la convinzione che lo stato attuale della ricerca fornisca più quesiti che risposte. Se da un lato, infatti, gli approcci psicoanalitici hanno fornito insistentemente spiegazioni eziologiche e disposizioni per l'intervento clinico con pazienti che presentano varianza di genere (Coates & Cook, 2001; Vitelli, Bottone, Sisci & Valerio, 2006;) dall'altro la teoria dell'attaccamento offre ancora ben pochi contributi.

Innanzitutto la distribuzione di pattern di attaccamento dei bambini con DIG e dei loro genitori è poco indagata. Gli studi citati da Vitelli e Riccardi (2011) hanno riconosciuto come più frequente un pattern resistente tra i bambini in età prescolare (Birkenfeld-Adams, in Goldberg, 1997), mentre tra i loro genitori sembrava prevalere un attaccamento, rilevato attraverso la AAI, insicuro, sia preoccupato che distanziante. Inoltre, è sembrato essere più frequente un attaccamento di tipo disorganizzato oppure irrisolto (Cook, 1999; Coates & Cook, 2001).

In riferimento alla popolazione adulta, Vitelli e Riccardi (2011) hanno descritto lo stato della mente prevalente all'interno di un campione di 18 pazienti,

giunti all'attenzione dell'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata del Dipartimento di Neuroscienze e di Scienze del Comportamento dell'Università Federico II di Napoli. Gli autori hanno osservato che l'attaccamento insicuro è molto elevato (72% dei soggetti) e sovrapponibile a quello riscontrabile in campioni clinici<sup>70</sup> (Vitelli e Riccardi, 2011). Anche la distribuzione a tre vie appare più simile a quella di campioni clinici piuttosto che a quella normativa; in particolar modo il numero di sicuri (F) è minore, non solo rispetto a quello rilevato in campioni non clinici, bensì anche rispetto a quello di campioni clinici (Vitelli e Riccardi, ibidem). Rispetto alla tipologia di attaccamento insicuro, il pattern evitante non differisce rispetto a quello riscontrato in altri campioni clinici; al contrario il preoccupato è più rappresentato sia rispetto ad altri campioni clinici che rispetto a campioni normativi (Vitelli e Riccardi, ibidem). Infine la percentuale di soggetti con attaccamento disorganizzato/disorientato risulta essere molto superiore al campione non clinico, ma simile a quello accertato nei campioni clinici (rispettivamente 39%, 18% e 40%). Cook (1999), invece, ha rilevato una maggiore prevalenza di stati della mente distanzianti, preoccupati o irrisolti nei genitori di figli maschi con DIG.

Per quanto in letteratura non si disponga di molti dati che spieghino la relazione esistente tra attaccamento e DIG, è possibile interrogarsi sui percorsi evolutivi e sugli ambiti di influenza dell'attaccamento infantile, facendo riferimento alle ricerche che mettono in relazione pattern di attaccamento e dimensioni psicopatologiche ed emozionali. Weinfield et al. (2008) hanno individuato alcuni ambiti di influenza dell'attaccamento infantile sullo sviluppo individuale, includendo aspetti neurobiologici (Schore, 1994), di regolazione emotiva e comportamentale ed elementi rappresentazionali. La capacità di modulare le emozioni, di sincronizzare il comportamento con gli altri e di rappresentare se stessi e gli altri in modo positivo influenzano la fiducia in sé stessi, l'autostima, l'autoefficacia, l'ansia, la rabbia, l'empatia (Weinfield et al., 2008). In ogni caso, gli autori hanno precisato che, non solo non tutti i bambini

---

<sup>70</sup> La distribuzione a cui gli autori fanno riferimento è quella di Van IJzendoorn (1996).



con attaccamento insicuro svilupperanno una psicopatologia nell'età adulta, ma nemmeno la maggior parte di loro; così come non tutti i bambini con attaccamento sicuro avranno la garanzia di essere protetti, ma, in ogni caso, una piccolissima parte di essi svilupperà disturbi psicopatologici (Weinfield et al., ibidem; Daniel, 2010). Inoltre, è stata rilevata, al tempo stesso, sia la continuità sia la discontinuità dell'attaccamento, messa in relazione con eventi di vita stressanti e cambiamenti nell'ambiente socio-relazionale (Weinfield et al., ibidem; Dozier et al., 1999).

In particolare, è stata indagata in letteratura l'influenza di due tipologie di fattori di rischio: gli eventi traumatici e gli abusi. Vitelli e Riccardi (2011) hanno rilevato una correlazione significativa tra uno stato dell'attaccamento irrisolto o disorganizzato ed eventi traumatici familiari avvenuti prima della loro nascita oppure nei loro primi dieci anni di vita. Sono gli intervistati stessi ad attribuire rilevanza traumatica ad un evento, in base al peso che esso ebbe, a loro avviso, sulla vita familiare e sul genitore. Per quanto riguarda i traumi irrisolti, essi, secondo Cook (1999) erano presenti in entrambi i genitori e riguardavano tematiche di genere<sup>71</sup>, contrariamente a quanto riportato da Vitelli e Riccardi (2011), che riferiscono l'assenza di tematiche di genere in casi di trauma o perdita. La spiegazione relazionale fornita da Cook (1999) ipotizza che il trauma irrisolto della madre pregiudichi la vicinanza emotiva con il bambino, il quale reagisce alla mancata disponibilità materna mettendone in atto i comportamenti di genere tipici. Contemporaneamente, viene descritto un padre che non riesce a fornire cure alternative e che, a sua volta, diventa distaccato. In aggiunta a ciò, può mettere in atto comportamenti aggressivi che impediscono l'identificazione del bambino col padre (Cook, 1999; Coates & Cook, 2001). Mancano, in tale ricostruzione, spiegazioni riguardo alla costruzione del DIG nelle bambine.

La spiegazione di Cook sembra trovare conferma nel campione analizzato da Vitelli e Riccardi; le scale che indagano le prime esperienze infantili con i

---

<sup>71</sup> L'ipotesi clinica è che la problematica di genere fosse presente ma silente nella generazione precedente, ma che essa si manifesti, attraverso il disturbo dell'identità di genere, nella generazione successiva (Stoller, in Vitelli & Riccardi, 2011).

genitori lasciano supporre l'esistenza di contesti familiari caratterizzati da comportamenti rifiutanti<sup>72</sup> o di trascuratezza, come emerge dalle relative scale, soprattutto per quanto riguarda la relazione con il padre (Vitelli e Riccardi, *ibidem*). A conferma di ciò, il risultato delle scale dell'amorevolezza è quasi sempre molto basso (Vitelli e Riccardi, *ibidem*). Inoltre gli autori hanno provato a descrivere le dinamiche relazionali dei transessuali FtM. Sembrano frequenti l'inversione dei ruoli ed il distacco nei confronti della figura materna, a fronte di una figura paterna forte con cui identificarsi (Vitelli e Riccardi, *ibidem*).

Rispetto alle proprie esperienze personali, i transessuali intervistati nello studio di Vitelli e Riccardi (2011) si differenziano in base alla direzione della transizione. I transessuali FtM non descrivono esperienze traumatiche o problematiche, oppure abusi nella loro infanzia. Gli MtF, al contrario, hanno descritto abusi o perdite rilevanti nell'età infantile e esperienze di vita problematiche, legate a prostituzione<sup>73</sup>, carcerazione, utilizzo o vendita di sostanze (Vitelli e Riccardi, *ibidem*). Le diverse traiettorie obbligano, a parere di chi scrive, ad interrogarsi sul ruolo della società e della stigmatizzazione connessa alle due condizioni; potrebbe non essere un caso che una forte stigmatizzazione esiti in storie di vita più dolorose o complesse.

La presenza di abusi all'interno di campioni di transessuali (Vitelli & Riccardi, 2011; Gehring & Knudso, 2005; Kersting, Reutemann, Gast, Ohrmann, Suslow, Michael & Volker, 2003), invece, è stata poco indagata; si registra un esiguo numero di studi (Pauly, 1974; Lothstein, 1983; Devor, 1994) che appaiono datati e che si riferiscono esclusivamente agli FtM, e dei quali sono state rilevate inesattezze metodologiche (Gehring & Knudson, 2005). In ogni caso, tutti gli studi concordano nel rilevare un elevato numero di esperienze di abusi fisici e sessuali nei soggetti facenti parte del campione, spesso subiti da membri della famiglia (Gehring & Knudson, 2005).

---

72 Non è indagata un'eventuale connessione tra comportamenti genitoriali rifiutanti e la presenza di comportamenti cross-gender.

73 La prostituzione è spesso una strategia di sopravvivenza economica per i transessuali MtF (Marcasciano, 2002); inoltre non necessariamente essa è vissuta come esperienza problematica (Despentes, 2006).

Gehring e Knudson (ibidem) hanno provato ad indagare la presenza di abusi sessuali in un campione di 42 persone (32 MtF e 8 FtM) che si sono rivolte alla Gender Dysphoria Clinic di Vancouver, rilevando che più della metà ha esperito eventi sessuali non desiderati, consistenti per lo più in obbligo di esporsi all'abusante o comunque non ricollocabili negli abusi sessuali gravi. La minore gravità degli episodi rilevati sembra confermata da un buon funzionamento sociale e relazionale dei soggetti intervistati, poiché gli abusi sessuali gravi esitano in sintomatologie ben più pervasive e compromettenti (Briere, Evans, Runtz & Wall, 1988; Briere & Zailde, 1989; Mullen, King, & Tonge, 2000; Browne & Finkelhor, 1986). Secondo quanto riportato da Gehring e Knudson (2005), all'interno del loro campione, "le esperienze sessuali non volute [...] erano conseguenza di adolescenti che volevano soddisfare la propria curiosità rispetto al genere del transessuale" (p. 23), e difatti coloro che subivano questi eventi avevano un'età media di 13 anni e non avevano più di cinque anni in meno degli autori degli atti sessuali. Al tempo stesso, gli autori (Gehring & Knudson, 2005) hanno rilevato che i soggetti riferiscono di aver subito insulti, di aver avuto difficoltà in famiglia e di essere stati spesso messi in imbarazzo o fatti sentire colpevoli; in base a questo gli autori ritengono, non che vi sia un'associazione tra eventi traumatici infantili e strutturazione del DIG, ma che la condizione stessa di transessualismo generi reazioni avverse e ostracismo familiare e sociale, potenzialmente traumatico (Gehring & Knudson, ibidem). La sintomatologia presente nel campione di Gehring e Knudson, inoltre, riguarda esperienze di insoddisfazione e di isolamento, di mancanza di autostima, di problemi di adattamento sociale o relazionale con la propria famiglia o sessuali. Sarebbe quindi che, al momento della rilevazione, gli intervistati abbiano più necessità di sostegno nel percorso di transizione che di ricerche di traumi infantili (Gehring & Knudson, ibidem). Ci si potrebbe chiedere se un'identità di genere atipica, la messa in atto di comportamenti cross-gender e una presentazione di sé ambigua possano essere, in alcuni casi, fattore di rischio per un abuso sessuale. In altre parole, potrebbe un bambino o un adolescente con identità di genere atipica

correre un rischio maggiore di subire un abuso sessuale, più o meno grave?

La maggiore presenza di violenze psicologiche e di deprivazioni emotive, all'interno di campioni di transessuali, è stata messa in relazione con la presenza di sintomi e disturbi dissociativi (Kersting et al. 2003). Se in un primo momento è stata rilevata una considerevole presenza di sintomi dissociativi nei soggetti transessuali, successivamente si è messa a fuoco la specificità di tale campione; ai soggetti transessuali sono stati riconosciuti sintomi inerenti la de-realizzazione e la depersonalizzazione, entrambi riconducibili alla risposta fornita ad una sola domanda, che chiede se esiste una parte del proprio corpo che non viene sentita come propria (Kersting et al., *ibidem*). È quindi apparso evidente che, sebbene il test<sup>74</sup> si proponga di rilevare la presenza di sintomi dissociativi, viene reso inutilizzabile dal fatto che una domanda, contenuta al suo interno, descriva una delle caratteristiche fondamentali del disturbo dell'identità di genere, vale a dire il non riconoscere come propria una parte del corpo o l'intero corpo (Kersting et al., *ibidem*). Difatti, il punteggio relativo alla de-realizzazione diminuisce notevolmente in seguito alla RCS. Analogamente, è necessario utilizzare con cautela l'Intervista Clinica Strutturata per i disturbi dissociativi del DSM-IV (SCID-D e SCID-D-R), per comprendere se esistono disturbi dissociativi indipendentemente dal DIG, specialmente prima del transito (Kersting et al., *ibidem*).

Ridimensionata la presenza di sintomi dissociativi, resta una considerevole presenza di esperienze traumatiche infantili, specialmente violenza psicologica o trascuratezza emotiva. Ciò è rilevante, secondo gli autori, poiché queste sono sottostimate mentre potrebbero essere più frequenti e significative di episodi di violenza. (Kersting et al., *ibidem*). Inoltre, vi è un elemento di incongruenza nel fatto che è sempre stata riscontrata una certa corrispondenza tra trauma, dissociazione ed attaccamento disorganizzato, mentre Kersting (*ibidem*)

---

74 Si tratta della Dissociative Experience Scale (DES), una scala, composta da 28 item, che accerta la presenza di sintomi dissociativi. La presenza dell'item "Alcune persone hanno la sensazione che il proprio corpo – o parte del proprio corpo – non gli appartenga" rende tale scala non adeguata alla rilevazione di sintomi dissociativi in popolazioni di transessuali (Kersting et al., 2003).

ha rilevato esperienze traumatiche che non esitano in sintomi dissociativi.

L'indagine rispetto alla presenza di eventi traumatici ed abusi ha importanti conseguenze cliniche. Innanzitutto, rende possibile la presa in carico dell'intera vicenda esperienziale della persona, con l'obiettivo di un miglioramento complessivo della qualità della vita, in accordo con gli standard della WPATH (2012). Inoltre, la maggior parte degli approcci psicoanalitici e psicologici tende ad individuare in dinamiche familiari disfunzionali la causa, o la concausa, della varianza di genere (Coates & Cook, 2001; Coates & Moore, 1997; Bandini et al., 2008; Cohen-Kettenis & Gooren, 1999) ipotizzando strategie di intervento che possono risultare gravemente pericolosi, sia nell'intervento con i bambini e gli adolescenti, sia con gli adulti.

Di questi ultimi si discuterà in seguito; rispetto ai minori, che non sono oggetto della nostra analisi, si dirà brevemente che, se la varianza di genere ha origine in dinamiche familiari non adeguate, è legittimo avere come obiettivo terapeutico, il cambiamento di tali dinamiche e, indirettamente, dell'identità di genere del bambino o dell'adolescente (Coates, 2008; Di Ceglie, 1998; Zucker, 2005). È evidente che si corre il rischio di mettere in atto, seppure in maniera implicita e non del tutto consapevole, una terapia riparativa (Drescher). Poiché non sempre vi è continuità nelle configurazioni di attaccamento e poiché non è possibile riconoscere un collegamento univoco ed incontrovertibile tra attaccamento insicuro e psicopatologia (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999), a parere di chi scrive, bisogna utilizzare molta cautela nell'adottare semplificazioni concettuali nella pratica clinica. Per quanto le esperienze infantili rivestano un'importanza preponderante nello sviluppo successivo, è dannoso non tenere in considerazione le esperienze di vita successiva o considerare l'Adult Attachment Interview come una descrizione fedele e determinante dell'infanzia dell'intervistato (Sroufe et al., *ibidem*).

Applicare queste considerazioni a coloro che mostrano varianza di genere significa rifiutare semplificazioni e interrogarsi sulle possibili traiettorie evolutive delle persone con DIG.

Ad esempio, la metà del campione di Vitelli e Riccardi (2011) ha dichiarato che i primi comportamenti tipici della condizione hanno provocato problemi relazionali con le figure di attaccamento, mentre Sroufe et al. (1999) hanno sostenuto che atteggiamenti non supportivi dei genitori aumentano il rischio di psicopatologia. Inoltre, la relazione con il gruppo dei pari, sin dall'età prescolare, protegge dall'insorgenza di condizioni psicopatologiche future (Sroufe et al., ibidem). Infine, cambiamenti nelle configurazioni di attaccamento possono verificarsi anche nell'adolescenza e nell'età adulta (Sroufe et al, ibidem).

Ci si dovrebbe quindi interrogare, a parere di chi scrive, sulla possibilità che la stigmatizzazione ed il rifiuto di comportamenti cross-gender da parte dei genitori, il sentirsi da loro rifiutati, il giudizio e la svalutazione da parte dei pari e tutte le esperienze di discriminazione subite dall'adolescenza in avanti potrebbero, in qualche modo, costituire quelle ramificazioni di sviluppo che diminuiscono le possibilità di un attaccamento sicuro.

Se fosse la società a compromettere la qualità della vita di coloro che presentano varianza di genere, sarebbe sulla società che bisognerebbe agire. E tentando un'analogia con il male mentale ed il paziente psichiatrico, ci si potrebbe affidare alle parole di Franco Basaglia (1968) quando sostiene che “se la malattia è anche legata, come nella maggior parte dei casi, a fattori socio-ambientali, a livelli di resistenza all'urto di una società che non tiene conto dell'uomo e delle sue esigenze, la soluzione di un così grave problema non può che essere trovata in una impostazione socio-economica, tale da consentire anche il graduale reinserimento di questi elementi che non hanno retto allo sforzo, che non hanno sostenuto il gioco” (p.131).

### **3.2 L'approccio clinico al disturbo dell'Identità di Genere e qualche contributo della Teoria dell'Attaccamento**

L'intervento clinico con una persona transessuale, che si rivolge ad un centro in cui poter effettuare la riassegnazione chirurgica del sesso, è

regolamentata dalle linee guide della World Health Professional Association for Transgender Health (WPATH) e, per quanto riguarda l'Italia, dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG).

L'intento dichiarato di questi documenti è di individuare degli standard minimi e comuni ai fini della diagnosi del disturbo, della presa in carico, della somministrazione di terapie ormonali e di interventi chirurgici. Inoltre si prefissano di tutelare, al tempo stesso, la salute del paziente, a cui viene garantita la competenza del professionista, ed il professionista stesso, per il delicato compito che svolge (Coleman, 2009).

I professionisti della salute, quindi, dirigono il loro intervento al raggiungimento del massimo benessere per la persona transessuale, transgender o con varianza di genere, non solo in relazione alla propria identità di genere, ma rispetto alle loro condizioni di vita complessiva (WPATH, 2012).

Il professionista, quindi, favorirà l'esplorazione dell'identità di genere esperita ed assunta, ma attraverso percorsi personalizzati.

Il percorso più conosciuto è senza dubbio la “terapia triadica” (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 2001, p.3), vale a dire l'esperienza di vita reale, la terapia ormonale e la riassegnazione chirurgica del sesso, ma è doveroso precisare che sono possibili percorsi diversi.

La diversa richiesta del paziente dovrà essere accolta, decodificata ed il clinico dovrà ipotizzare prese in carico differenziate (WPATH, 2012).

In primo luogo, verrà indagata la disforia di genere, la sua strutturazione nello sviluppo, ma anche gli effetti che essa ha ed ha avuto rispetto all'ambiente psico-sociale del paziente, di modo da poter valutare possibili risorse o fattori di rischio, anche in relazione alla presenza di sintomatologie psicopatologiche (WPATH, ibidem). È prevista una valutazione psichiatrica, per verificare la presenza di altri disturbi psichiatrici. La rilevazione di una comorbidità con altre psicopatologie non impedisce l'accesso a modificazioni ormonali o chirurgiche, ma permette che esse vengano prese in carico, sia nell'ottica di implementare un benessere psico-fisico globale, sia per permettere una corretta risoluzione della

disforia di genere (WPATH, ibidem).

Oltre alla diagnosi, il lavoro clinico include l'esperienza di vita reale, la terapia ormonale e la chirurgia, che, di norma, avvengono in maniera consequenziale. Il professionista avrà il compito di informare sulla terapia ormonale e sugli interventi di chirurgia, sia in termini di aspettative ad essi connessi, sia rispetto ai possibili rischi e controindicazioni (WPATH, ibidem).

L'esperienza di vita reale precede sempre la chirurgia, con l'obiettivo di sperimentare il ruolo di genere che si intende assumere, prima di sottoporsi ad interventi chirurgici irreversibili (WPATH, ibidem). Un cambiamento importante si è avuto, però, dalla versione cinque degli Standard di Cura, rispetto alla denominazione di tale esperienza: dal “test di vita reale” si passa a parlare della “esperienza di vita reale”, abbandonando l'idea di dover verificare se la persona è *abbastanza transessuale* da effettuare la transizione e facendo invece riferimento all'idea di un'esplorazione libera e diversificata dei ruoli di genere (Coleman, 2009).

La psicoterapia, per quanto fortemente raccomandata, non viene considerata obbligatoria dalla WPATH (2012); la sua obbligatorietà ed un numero minimo di incontri necessari per l'accesso al percorso, non favorirebbero una reale alleanza terapeutica né un cambiamento reale (WPATH, ibidem). Qualora richiesta, la psicoterapia avrà come obiettivi terapeutici il miglioramento della sofferenza legata all'identità di genere, alla stigmatizzazione, al dover comunicare la nuova identità al proprio ambiente relazionale e sociale; è ovviamente del tutto inconcepibile una psicoterapia che abbia la finalità di modificare l'identità di genere (WPATH, ibidem).

Le linee guida dell'ONIG, che si basano sugli standard della WPATH, introducono criteri più stringenti, temporali e sostanziali. Ad esempio, aver intrapreso una psicoterapia (o altro tipo di percorso psicologico) da almeno sei mesi è requisito inevitabile per l'accesso alla terapia ormonale. Questo sembra essere in contrasto con le linee guida della WPATH (2012), ed insieme ad altri



aspetti, è stato oggetto di ricorsi da parte di attivisti transgender<sup>75</sup>.

Le linee guida della WPATH ribadiscono l'importanza di trattamenti il più possibile diversificati ed individualizzati, per tutelare l'eterogeneità delle varianze di genere; al contrario, le linee guida dell'ONIG sembrano mirare ad una uniformità di intervento e di tempi, che vengono oltretutto allungati, facendo sorgere, in chi scrive, un quesito. Allungare i tempi del percorso e subordinare la terapia ormonale ad una psicoterapia obbligatoria hanno l'obiettivo di tutelare il paziente oppure il professionista, che ricopre una responsabilità etica e legale?

Gli standard di cura della WPATH, d'altronde, sottolineano che la responsabilità che il professionista ha è quella di “incoraggiare, guidare ed assistere i clienti nel prendere decisioni essendone completamente informato ed adeguatamente preparato” (WPATH, 2012, p. 27) e che “le decisioni riguardo alla chirurgia sono prima di tutto e principalmente decisioni del cliente – così come tutte le decisioni che riguardano la salute” (ibidem, traduzione nostra).

Inoltre il rischio della psicoterapia obbligatoria è quello di strutturare l'immagine di un “vero transessuale” (HBIGDA, 2001, p. 5). Costui o costei ha un'identità di genere del sesso opposto da sempre presente, ha un orientamento eterosessuale rispetto al sesso verso il quale vuole transizionare, racconta di avere sempre giocato ai giochi, e con i compagni, del genere a cui si dirige. Tali narrazioni, talvolta, appaiono all'operatore come pre-costituite ed artefatte (Vitelli, Bottone, Scisci & Valerio, 2006), poiché il ruolo che lo psicologo è costretto ad assumere è quello di dover confermare o disconfermare un'identità in modo tale da poter permettere o rifiutare l'adeguamento (Vitelli, Bottone, Scisci & Valerio, ibidem).

Criticare l'attuale stato delle cose non significa disconoscere l'importanza e l'auspicabilità di un percorso di sostegno psicologico (Vitelli, Bottone, Scisci & Valerio, ibidem) bensì riporre l'accento sul diritto all'autodeterminazione del paziente ed ipotizzare differenti iter e ripartizioni di competenze. Ad esempio,

---

<sup>75</sup> La lettera dell'associazione Crisalide-Azione Trans sulla non corrispondenza tra gli standard internazionali ed italiani è consultabile all'indirizzo <http://www.azionetrans.it/letteraxstandardicura.pdf>

negli Standard della WPATH è prevista una valutazione indipendente di un professionista che non ha partecipato alla psicoterapia; pur essendo mantenuta la componente valutativa, essa viene sganciata dal percorso psicoterapeutico o di sostegno psicologico (WPATH, 2012).

Infine, ma ce ne occuperemo meglio in seguito, la figura del “vero transessuale” riconduce la varianza di genere a conformarsi al sistema binario, incrementando gli stereotipi esistenti e ostacolando l'esplorazione di identità di genere che travalichino le categorie di “maschio” e “femmina”.

Inoltre, avere come rappresentazione identitaria uno stereotipo, sia esso positivo o negativo, induce le persone ad attribuire un valore, positivo o negativo ad una sola componente della propria identità. A tale proposito Liotti e Tombolini (2006) hanno suggerito di favorire l'emersione della propria personale interpretazione dell'orientamento sessuale<sup>76</sup>, dell'identità di genere o di altri aspetti definenti.

È possibile che una persona con varianza di genere si rivolga ad un terapeuta per problemi non connessi all'identità di genere. Nel caso in cui siano presenti, contemporaneamente, vissuti negativi della propria identità ed amabilità, la coppia terapeutica si darà l'obiettivo di ridurre la sofferenza ad essi connessa (Liotti & Tombolini, 2006). La tecnica usata dal terapeuta sarà quella di far emergere le credenze patogene del soggetto rispetto alla propria identità per potervi intervenire (Liotti & Tombolini, ibidem). In alcuni casi, infatti, la propria varianza o non conformità di genere può avere causato difficoltà relazionali con le proprie figure di attaccamento (Vitelli & Riccardi, 2010), difficoltà di accettazione o introiezione di giudizi negativi espressi dagli altri significativi (Liotti & Tombolini, 2006). Per quanto riguarda questi ultimi, il terapeuta si occuperà di verificare, insieme al paziente, la veridicità di tali credenze e ne verranno ricercate le basi di realtà, al fine di constatarne l'assenza: opinioni o comportamenti negativi risiedono nell'altro e non nella propria identità (Liotti &

---

<sup>76</sup> Per quanto il contributo di Liotti e Tombolini (2006) si riferisca alla terapia con pazienti omosessuali, a parere di chi scrive è possibile estendere le loro considerazioni all'identità di genere.

Tombolini, ibidem). Per quanto riguarda l'accettazione delle figure significative, il terapeuta, che rappresenta una di loro, disconfermerà le esperienze passate di non accettazione, offrendo un'esperienza di crescita ed arricchimento (Ma, 2007).

La teoria dell'attaccamento offre, quindi, alcuni elementi utili al lavoro psicoterapeutico: il terapeuta permette lo strutturarsi di un attaccamento sicuro nel paziente e la modificazione di modelli operativi interni (o credenze patogene) maladattivi; la conoscenza dei pattern di attaccamento del paziente e del terapeuta consentono la messa in atto di differenti strategie terapeutiche (Daniel, 2010); infine, Ma (2007) suggerisce di far lavorare pazienti e terapeuti che abbiano una opposta collocazione sul continuum attivazione/ distattivazione, per un miglior esito terapeutico.

Ad esempio, Vitelli e Riccardi (2010) si sono interrogati su una possibile correlazione tra la scarsa richiesta di sostegno psicologico, se non in relazione al percorso di riattribuzione, e stati della mente distanzianti o preoccupati. Tale correlazione è, in effetti presente, ma gli autori per primi si interrogano sull'obbligatorietà del supporto psicologico come deterrente ad una personale e reale richiesta di presa in carico (Vitelli & Riccardi, 2010). D'altra parte, insistono gli autori, un'elevata presenza di attaccamenti insicuri o disorganizzati rendono auspicabile il sostegno psicologico.

Liotti e Tombolini (2006), invece, hanno riportato uno studio condotto da Mohr e Fassinger (1998) nel quale i soggetti con attaccamento insicuro attribuiscono maggiore importanza al giudizio altrui sulla propria omosessualità.

Per quanto si tratti di una linea ricerca ancora nuova e con risultati ancora non confermati, si inizia a documentare l'importanza dell'attaccamento adulto in psicoterapia (Daniel, 2010; Ma, 2007).

Intensificare tali filoni di ricerca è oltre modo necessario, tanto quanto lo è interrogarsi sugli elementi che, pur trascendendo l'esperienza del singolo individuo, lo coinvolgono.

In particolar modo facciamo riferimento all'eteronormatività, vale a dire all'esistenza di una "congruenza normativa tra il sesso (corpo), la sessualità

(oggetto sessuale eterosessuale) ed il genere (comportamenti di genere)” (Ekins, 2005, p. 308), che è alla base del mondo occidentale contemporaneo. Bockting (2008, in Markman, 2011) ha sostenuto che parlare di genere binario significa, semplicemente, non poter includervi la molteplicità dell'esperienza umana.

La presunta eteronormatività e la presunzione dell'esistenza del binarismo dei generi normano le vite, sia di chi ad essi si conforma che di chi vi si pone al di fuori o al confine. Ciò vuol dire che vi sono individui che si conformano al binarismo anche tra i transgender (Markman, *ibidem*), ma non può essere a loro ricondotta l'estrema eterogeneità di tale condizione.

Non si intende qui sminuire il pionieristico e rivoluzionario lavoro di Harry Benjamin, che fin dagli anni '60 si è sforzato di individuare una causa biologica al DIG e di garantire l'accesso ai percorsi di adeguamento ormonale e chirurgico ai suoi pazienti (Ekins, 2005). Si intende, però, sottolineare che oggi l'intervento clinico è rivolto a “migranti di genere di seconda generazione” (King, 2003 in Ekins, *ibidem*). A differenza della prima generazione di transessuali, che ottenne il suo riconoscimento dalla sua essenza di “persone intrappolate nel corpo sbagliato, ma altrimenti normali” (Ekins, 2005, p. 321, *ibidem*, traduzione nostra), la seconda mostra tutta la differenziazione interna: “molti scoprono che l'assimilazione non è possibile; molti altri arrivano alla conclusione che non desiderano assimilarsi” (Ekins, *ibidem*, p. 321, traduzione nostra).

L'obiettivo nobile di Benjamin, di consentire la risoluzione della disforia di genere attraverso l'adeguamento chirurgico, ha avuto come conseguenza non voluta quella di escludere molta parte dell'esperienza transgender (Ekins, *ibidem*), di cui si sono fatti portatori i gruppi di attivisti transgender<sup>77</sup>. Fu proprio un attivista transgender, durante una conferenza all'Università di Oxford nel 1988 a capovolgere il punto di osservazione. All'autore che si interrogava sulla situazione estremamente avanzata dell'Olanda nell'approccio clinico al DIG, rispose che era una modernità soltanto apparente: la medicalizzazione e patologizzazione della

---

<sup>77</sup> Ekins stesso (2005) sottolinea l'importanza dell'accresciuta presenza di persone transessuali ed attivisti transgender all'interno dell'Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, oggi WPATH.

condizione transessuale non erano altrettanto evidenti in nessun luogo, finendo per essere “al servizio di politiche di genere reazionarie – un rinforzo della divisione binaria di genere rigidamente percepita” (Ekins, *ibidem*, p. 308, traduzione nostra).

La divisione binaria dei generi, unitamente all'eterosessualità normalizzata, è alla base, secondo alcune studiose, di una funzione regolatrice che riguarda tutti gli individui ed è quindi indispensabile riconoscere che vi è un tentativo di naturalizzazione di corpi, comportamenti e norme eterosessuali che disconfermano identità di genere e orientamenti sessuali non eterosessuali, e “modi di vita queer” (Ward & Schneider, 2009, p. 434).

Ben lontane da essere mere speculazioni filosofiche, queste considerazioni potrebbero (e dovrebbero, a parere di chi scrive) orientare l'intervento clinico con persone transessuali.

Se la società è, anche solo in parte, socialmente costruita ed in essa agiscono le narrative dominanti che emarginano coloro che non vi si adeguano, il percorso terapeutico si pone l'obiettivo di decostruire tali narrazioni per consentire al paziente di ricostruire la propria personale narrazione, attraverso l'esplorazione della propria esperienza (Piper & Mannino, 2008). E, che la persona transessuale trovi la sua identità in un genere definito e diverso da quello di nascita, o che decida di sviluppare un'identità al confine tra due generi (Ekins, 2005), il compito del clinico sarà quello di accompagnarlo in questo percorso di ricerca, adeguamento e sfida continua ad un mondo rigido e pre-normato. Ha detto Lev (2005, citata in Markman, 2011), riferendosi ai bambini con sviluppo di genere atipico, “vale la pena notare che in altri ambiti, dove i bambini sono abitualmente oggetto di bullismo, per esempio per discriminazioni razziali o etniche e disabilità fisiche o mentali, il focus dell'intervento riguarda politiche indirizzate al cambiamento delle condizioni sociali che permettono la violenza, non il cambiamento del bambino perché possa adattarsi meglio alle circostanze oppressive” (Markman, *ibidem*, p. 321, traduzione nostra).

Ad esempio, Ross, Farzana, Dimito, Kuehl ed Armstrong (2008) hanno

riportato un'esperienza di gruppo che si proponeva di indagare anche in che modo l'eterosessismo e l'omofobia interna dei partecipanti potesse contribuire ai sintomi depressivi da essi presentati; seppur parziali, i risultati hanno mostrato una diminuzione dei sintomi depressivi.

La stessa WPATH (2012) introduce, tra gli ambiti di intervento dei professionisti della salute che lavorano con persone transessuali, una serie di obiettivi che riguardano la società, come ad esempio affiancare i propri pazienti all'interno delle istituzioni che frequentano, accompagnarli nelle procedure di conversione dei documenti, implementare programmi informativi ed interventi educativi rivolti alla scuola, ai datori di lavoro ed alle istituzioni ed amministrazioni pubbliche.

Infine, la WPATH (ibidem) ha riconosciuto che la salute e la qualità della vita non dipendono soltanto da pratiche mediche ma anche dal reale accesso a diritti di cittadinanza e da una società non stigmatizzante; di conseguenza si è assunta il compito di produrre cambiamenti politici e legali nella società, a partire dal cambiamento dei documenti in senso antidiscriminatorio.

Rivolgendoci nuovamente al lavoro clinico con il singolo individuo, Lingiardi (2008) ha proposto di riferirci al genere come un costrutto composto di elementi comuni a più individui e di elementi singolari, che caratterizzano l'esperienza del singolo sé. Si tratta, in definitiva, di assecondare singoli percorsi di sviluppo, piuttosto che esiti tipizzati. Significa includere vissuti dolorosi, se è vero che essere “eroi ed eroine postmoderne” (Lingiardi, 2008, p.320) comporta sfidare una cultura violenta e fare i conti con l'indeterminatezza e la marginalità della propria condizione (Lingiardi, ibidem).

Ha detto ancora Lingiardi (ibidem, p. 317, traduzione nostra): “Dopo aver decostruito il genere, dobbiamo essere in grado di ricomporlo. Molti pazienti ci hanno insegnato che è necessario andare oltre il genere binario, e ci hanno chiesto di aiutarli a costruire posizioni nuove, composite”.

Il genere, quindi, è fortemente implicato nello sviluppo e nel riconoscimento identitario (Lingiardi, ibidem) ed al tempo stesso le identità

transessuali emergono dalla negoziazione tra esperti, membri e concezioni esistenti in un determinato contesto sociale ed in una data epoca storica (Ekins, 2005).

Sembra condivisibile, eticamente e deontologicamente, il principio del “conseguenzialismo pragmatico” citato da Lingiardi (2008): un'azione è considerata buona se capace di assicurare benessere al soggetto, senza ledere altri.

### **3.3 Il coinvolgimento del movimento transgender nel percorso di transizione**

Il presente elaborato descriverà un campione di persone transessuali rivoltesi al C.I.D.I.Ge.M di Torino per intraprendere il percorso di transizione. Non si può ignorare, però, la presenza di una serie di critiche rivolte all'ONIG ed ai centri che ne seguono le linee guida durante il percorso di transizione. Per questo motivo, e perché è convinzione di chi scrive che vada riconosciuta centralità alla costruzione di percorsi autorganizzati da parte di chi sperimenta direttamente condizioni di sofferenza, verranno riportate alcune esperienze presenti sul territorio italiano<sup>78</sup>.

Il MIT di Bologna nasce nel 1994, grazie ad una serie di finanziamenti della Regione Emilia Romagna che permettono di aprire il primo consultorio in Italia rivolto a persone transessuali. Il consultorio MIT si occupa di sostegno ed accompagnamento nel transito, assistenza endocrinologica e psicologica<sup>79</sup>. Nell'equipe sono presenti, infatti, tre psicologhe ed un endocrinologo, ma vi è, al tempo stesso, una presenza determinante di persone transessuali, che sono referenti dei progetti ed operatrici pari in essi. Il consultorio MIT, che è un

---

78 Ci si è rivolti ai consultori ed agli sportelli che prevedono la collaborazione, a diversi gradi, dell'associazionismo transgender. Si tratta del Consultorio MIT di Bologna, dello Sportello Spo.T di Torino, il Consultorio Transgenere di Torre del Lago, il Sat Pink di Verona, l'associazione Ala di Milano e l'associazione Libellula di Roma. Il contatto è avvenuto tramite mail, attraverso la quale sono state poste alcune domande. Verranno esposte le interviste di coloro dai quali è stata ottenuta risposta, vale a dire il Consultorio MIT, il Sat Pink di Verona e lo Sportello Trans Ala di Milano.

79 Tra le attività del MIT, inoltre, sono presenti progetti di accoglienza abitativa, contro lo sfruttamento e per la riduzione del danno nella prostituzione, gruppi di auto-aiuto, di assistenza legale).

consultorio ASL, permette di svolgere il percorso al suo interno, dalle terapie ormonali alla relazione, costantemente con il supporto di una psicologa e con l'aiuto dell'esperienza di altre persone transessuali. Il consultorio si rivolge a persone dalle regioni limitrofe, quali la Toscana, le Marche, il Veneto, l'Emilia-Romagna ed ha accolto, nel solo 2012, 90 nuovi utenti<sup>80</sup>.

Il SAT (Servizio Accoglienza Trans) Pink di Verona nasce dalla necessità di creare uno spazio di accoglienza ed ascolto per le persone transessuali, e che offrisse anche altri servizi. In seguito ad un corso di formazione, tenuto da importanti esponenti del movimento transgender, è stato aperto uno sportello che, al momento, conta dieci operatori ed operatrici. Il SAT offre informazioni sul percorso, consulenza psicologica, supporto per le famiglie e gli amici delle persone transessuali e la possibilità di svolgere il percorso all'interno dello sportello, grazie ad un endocrinologo e ad una psicologa che collaborano con lo Sportello. Anche in questo caso è presente una persona transessuale in equipe. Inoltre il SAT, al momento, è l'unico servizio esistente in Veneto presso il quale è possibile effettuare il percorso: non esistono servizi sanitari pubblici che offrano le stesse prestazioni. Il territorio di riferimento è principalmente il Veneto, ma si rivolgono al SAT anche individui residenti in Friuli, Emilia Romagna, Lombardia e le persone accolte sono state, nel 2012, 37, di cui 34 transessuali. La peculiarità del centro è quella di offrire uno spazio protetto, non giudicante ed accogliente.

Infine, verrà presentata un'esperienza differente, quella dello Sportello Trans Ala Milano Onlus. Esso nasce nel 2009 dall'incontro tra l'esperienza di una volontaria ed attivista, Antonia Monopoli ed Ala Milano Onlus e consiste in uno sportello di accoglienza, ascolto, orientamento ed accompagnamento verso i servizi del territorio. All'interno del servizio lavora solo una persona, la responsabile, che è una persona transgender. Lo sportello Trans Ala non si sostituisce ai centri presenti sul territorio nazionale per la RCS ma offre, in maniera complementare, assistenza e sostegno con il coinvolgimento di una persona transessuale e della sua esperienza e rivolgendosi non solo alle persone

---

<sup>80</sup> Le prese in carico totali sono state, dall'inizio del servizio, 850 e nel 2012 sono state seguite 185 persone (Porpora Marcasciano, comunicazione personale).



transessuali, ma anche alle loro famiglie ed alle istituzioni ed ai servizi del territorio.

## CAPITOLO 4

### LA POPOLAZIONE TRANSESSUALE IN TRANSIZIONE: UN CAMPIONE DEL C.I.D.I.GE.M. DI TORINO

#### 4.1 Il Progetto

Il Disturbo dell'Identità di genere è inserito all'interno del Disturbo diagnostico-statistico dei disturbi mentali IV, all'interno della sezione "Disturbi Sessuali e dell'identità di genere". Gli elementi caratteristici del disturbo sono l'identificazione con il sesso opposto al proprio ed il malessere rispetto al proprio corpo o ruolo sessuale (APA, 2000). Si parla di DIG in assenza di anomalie anatomiche o cromosomiche e nel caso in cui tale incongruenza provochi disagio significativo (APA,2000).

Non è stata rintracciata, fino a questo momento, un'ipotesi eziologica soddisfacente, per quanto si sia parlato di influenze biologiche (cromosomiche, genetiche, ormonali, della morfologia cerebrale), psicologiche e sociali (Meyer-Bahlburg, 2010; Dettore, 2005; Migeon & Wisniewski, 1998; Anuka, 2002; Zhou et al., 1995; Cohen-Kettenis, 1999; Nawata et al., 2010; Lawrence, 2011; Cohen-Kettenis & Gooren, 1999; Bandini, 2008).

L'intervento più richiesto, da coloro che sperimentano tale condizione, è l'adeguamento del proprio corpo all'identità di genere esperita, attraverso modificazioni ormonali ed interventi chirurgici. Tale processo è regolamentato dalla legge 164 del 1982, "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso", e permette l'adeguamento anagrafico in seguito ad interventi chirurgici che abbiano modificato i caratteri sessuali. Per quanto la legge sia soggetta a diverse interpretazioni in Italia, la più comune prevede che la rettificazione anagrafica avvenga dopo almeno l'intervento demolitivo. Allo stesso modo la legge non prevede la perizia psicologica come obbligatoria, ma la riserva ai casi in cui "è necessario"; nella prassi, la relazione psicologica è richiesta dal tribunale

per autorizzare l'intervento chirurgico.

Seppur non obbligatorio, l'accompagnamento psicologico potrebbe rivelarsi utile in un momento di profondi cambiamenti fisici, sociali ed identitari (WPATH, 2012); al tempo stesso è necessario individuare modalità di presa in carico che facilitino la relazione terapeutica. È frequente, purtroppo, un utilizzo strumentale dell'assistenza psicologica da parte delle persone transessuali, connessa anche all'obbligatorietà della stessa (Vitelli & Riccardi, 2011; Vitelli et al. 2006).

Nel percorso psicodiagnostico è previsto anche un accertamento psichiatrico, volto ad escludere la presenza di ulteriori psicopatologie; l'intento è di permettere scelte il più possibile consapevoli. Ad ogni modo, le comorbidità più diffuse in letteratura sono i disturbi d'ansia e depressivi, l'abuso di alcol e di sostanze. Sono state riscontrate, in maniera meno frequente, associazioni con disturbi di personalità, disturbi alimentari, e schizofrenia (Kersting et al, 2003; Kraemer et al., 2008; Baltieri & Andrade, 2007; Manderson & Kumar, 2001; Haraldsen, 2000).

Non consideriamo l'attaccamento insicuro come una comorbidità, poiché esso si configura come un fattore di rischio per l'eventuale sviluppo di psicopatologie e non come psicopatologia in sé. D'altra parte conoscere le strategie di attaccamento può essere utile nella pratica clinica. In letteratura il disturbo dell'identità di genere sembra più frequentemente associato, nei bambini, con un pattern resistente (Birkenfeld-Adams, in Goldberg, 1997); nei genitori dei bambini con DIG è presente, inoltre, un attaccamento sia preoccupato che distanziante. Altri studi hanno rilevato una notevole presenza di attaccamento disorganizzato oppure irrisolto (Cook, 1999; Coates & Cook, 2001).

Il campione descritto da Vitelli e Riccardi (2011) presenta una distribuzione dei pattern di attaccamento notevolmente più simile ai campioni clinici che a quelli normativi (distanzianti 44%, preoccupati 28%, con la classificazione a tre vie).

Per quanto riguarda le esperienze traumatiche e gli abusi, le prime

sembrano essere più frequenti nei transessuali MtF (Vitelli e Riccardi, 2011), i secondi paiono essere molto più comuni che nella popolazione generale (Gehring & Knudson, 2005) ma non tanto gravi da indurre sintomi dissociativi (Gehring & Knudson, ibidem). In ogni caso si auspica la presa in carico globale della sofferenza del paziente.

Il progetto di ricerca, svolto in forma di collaborazione tra il Dipartimento della Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino, gruppo di ricerca del prof. Veglia, la Fondazione Molo, dott.ssa Mariateresa Molo (Torino), e il Centro Interdipartimentale Disturbi d'Identità di Genere Molinette di Torino (C.I.D.I.Ge.M., si propone di indagare le caratteristiche socio-demografiche e psicologiche di un campione di soggetti adulti (biologicamente maschi e femmine) affetti da Disturbo dell'Identità di Genere, reclutati all'origine del programma di adeguamento medico e/o chirurgico (nel caso, riattribuzione chirurgica dei caratteri sessuali, intervento di R.C.S.), e seguiti fino al follow-up a distanza di 12 mesi da tale intervento. I dati raccolti saranno confrontati con i dati di popolazioni normative e cliniche attualmente disponibili in letteratura.

Gli obiettivi del progetto di ricerca sono i seguenti: i) valutare la prevalenza degli Stati della Mente in riferimento all'Attaccamento; ii) indagare la presenza di traumi e/o lutti (connessi a tematiche di genere) che presentano caratteristiche di irrisoluzione; iii) misurare la qualità della Funzione Riflessiva attraverso la Scala della Funzione Riflessiva (Self Reflective Function Scale, RF, Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998; Steele & Steele, 2008); iv) esplorare la psicopatologia associata, utilizzando, quali indicatori di risultato, la presenza/assenza di ulteriori disturbi riferibili all'Asse I ed all'Asse II del DSM IV -TR (APA, 2000) e/o, più genericamente, di altri segni o sintomi psicopatologici misurati attraverso appositi strumenti; v) esaminare la sfera della sessualità; vi) valutare l'impatto del periodo di Real Life Experience (R.L.E., 18 mesi) e dell'intervento di R.C.S. (e del percorso psicologico che lo accompagna previsto dalla psicodiagnosi all'intervento di R.C.S.) sugli Stati della Mente in riferimento all'Attaccamento e sulla Funzione Riflessiva, sulla psicopatologia

associata e sulla sessualità.

Il campione permetterà, inoltre, di individuare le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono al Centro Interdipartimentale Disturbi d'Identità di Genere Molinette di Torino (C.I.D.I.Ge.M. richiedendo l'intervento di R.C.S. ma non presentano una diagnosi di disturbo dell'identità di genere, così come formulata all'interno del DSM-IV-TR. Ancora, potremo effettuare dei confronti tra i soggetti che concludono la R.L.E. ma non eseguono l'intervento di R.C.S. e coloro i quali lo eseguono.

Alla luce dei risultati ottenuti sarà possibile evidenziare i potenziali fattori di rischio per la salute mentale dei soggetti *transgender*, al fine di progettare interventi di presa in carico clinica adeguati.

La ricerca verrà proposta a tutti i soggetti adulti (biologicamente maschi e femmine) affetti da Disturbo dell'Identità di Genere, afferenti al C.I.D.I.Ge.M. che soddisferanno i criteri di inclusione per intraprendere il programma di adeguamento medico e/o chirurgico.

La strutturazione del progetto prevede di seguire longitudinalmente il campione, dall'ingresso nel programma di adeguamento medico e/o chirurgico al follow-up a 12 mesi dopo l'intervento di R.C.S.. Il C.I.D.I.Ge.M. segue le linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), che si propone di favorire il confronto e la collaborazione di tutte le realtà interessate ai temi del transgenderismo al fine di approfondire la conoscenza di questa realtà a livello scientifico e sociale ([www.onig.it](http://www.onig.it)). La questione cardine di questo protocollo riguarda la tempistica per la psicodiagnosi (6 mesi) e per il periodo di Real Life Experience (R.L.E., 18 mesi), e la presenza, per tutto il programma di adeguamento medico e/o chirurgico, di un percorso psicologico e psicoterapeutico (svolto presso il C.I.D.I.Ge.M. da due psicoterapeute, C.C. e V.M.).

L'ingresso nel programma di adeguamento medico e/o chirurgico (T0, valutazione inserimento) prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata su tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse. Inizialmente viene valutata la

possibilità di inserimento nel programma. I soggetti devono presentare una diagnosi di disturbo dell'identità di genere, così come formulata all'interno del DSM-IV-TR. Il C.I.D.I.Ge.M. Somministra, inoltre, i seguenti questionari: The Transgender Questionnaire (Docter & Fleming, 2001), Gender Disphoria Questionnaire for Adolescent and Adult (Deogracias, Johnso, Meyer-Bahlburg, Kessler, Schober & Zucker, 2007).

A partire dalla richiesta di riattribuzione, il programma psicologico, parallelo e integrato con quello medico, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere la persona e ad aiutarla ad elaborare i vissuti connessi alle modificazioni ormonali e somatiche ed alle relative espressioni sul piano socio-relazionale. Il programma psicologico, oltre ad avere una primaria funzione di sostegno, mira all'elaborazione delle questioni eventualmente emergenti durante il percorso, relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale. In considerazione di alcuni effetti delle terapie ormonali che sono irreversibili sul piano somatico e possono avere ricadute sul piano psicologico, si prevede che l'utente, prima di iniziare ad assumere ormoni, abbia intrapreso un percorso psicologico adeguato di 6 mesi (T1, psicodiagnosi), dove vengono effettuati colloqui psicologici e somministrati alcuni test.

Al termine di questo periodo, subordinata alla valutazione dello psicologo o psicoterapeuta che ha in carico il soggetto, viene data l'autorizzazione alla terapia ormonale, e la persona può iniziare il periodo di *Real Life Experience* (R.L.E.), che ha una durata di 18 mesi. L'R.L.E., ovvero l'esperienza nel ruolo del genere vissuto come più vicino rispetto al proprio interno sentire, è considerata parte integrante del programma di riattribuzione chirurgica di sesso (R.C.S.). Tale periodo ha durata di 18 mesi, considerata adeguata per permettere l'acquisizione delle caratteristiche psicofisiche desiderate. In questo periodo vengono effettuate sedute di psicoterapia a cadenza settimanale e visite endocrinologiche di controllo a cadenza trimestrale. Eventualmente, se presente comorbidità con disturbi da AsseI/II da trattare farmacologicamente, sono presenti anche dei controlli

psichiatrici. Al termine dell'R.L.E., solo su parere concorde dei diversi operatori intervenuti nelle diverse fasi dell'iter, solo dopo aver verificato la piena consapevolezza della persona rispetto alla propria scelta e la piena assunzione di responsabilità rispetto ad essa, purché comunque ottemperate le indicazioni sulle terapie ormonali e sull'“esperienza di vita”, viene rilasciata una relazione con la quale il paziente può chiedere al giudice l'autorizzazione a sottoporsi all'intervento di R.C.S.. Una volta ottenuta l'Autorizzazione del Tribunale il paziente potrà sottoporsi all'intervento di R.C.S..

A garanzia della salute della persona, intesa come benessere psico-fisico e sociale, i predetti operatori si impegnano a garantire la continuità del percorso integrato di sostegno. Il follow-up ha la finalità, non solo, di verificare le condizioni psicofisiologiche e l'inserimento socio-relazionale connessi con gli adeguamenti effettuati, ma anche di aiutare la persona ad affrontare i complessi vissuti emozionali conseguenti al percorso di adeguamento. Il protocollo del C.I.D.I.Ge.M. prevede incontri psicologici di follow-up a distanza di 6, 12, 24 e 48 mesi dall'intervento R.C.S..

Per quanto attiene alla terapia ormonale, la persona, resa consapevole della necessità di proseguirla per l'intero arco di vita, dovrà sottoporsi a controlli periodici annuali o altrimenti concordati.

Variazioni relative ai criteri e alle procedure d'intervento devono essere adottate solo in casi specifici, con motivazioni ampiamente documentate. Gli operatori interromperanno il trattamento di chi non si attiene al programma terapeutico concordato.

Il progetto di ricerca si svolgerà quindi attraverso le seguenti fasi che prevedono la somministrazione dei questionari ed interviste elencati: Fase 0 (T0) valutazione inserimento; fase I (T1) Psicodiagnosi, fase II (T2) a 12 mesi dall'inizio della terapia ormonale e esperienza di vita reale (R.L.E.), fase III (T3a) follow-up a 12 mesi di distanza dall'intervento di R.C.S. E fase III (T3b) solo per FtM che effettuano la seconda operazione, follow-up a 12 mesi di distanza dal secondo intervento di R.C.S.

Gli strumenti utilizzati nel progetto saranno il Transgender Questionnaire (Docter & Fleming, 2001), il Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescent and Adult (GIDYQ-AA, Deogracias, Johnso, Meyer-Bahlburg, Kessler, Schober & Zucker, 2007), il Questionario socio-demografico in uso all'interno del C.I.D.I.Ge.M, il World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL-100, The WHOQoL Group, 1994), la Structured Clinic Interview for DSM-IV Axis II Disorder (SCID-II, First, Gibbon, Spitzer, Janet, Williams, Benjamin, 1997), il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2, Hathaway & McKinley, 1989; Pancheri e Sirigatti, 1995), il test di Rorschach (Rorschach, 1921), l'Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A, Hamilton, 1959), l'Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D, Hamilton, 1960; 1966; 1967; 1969; 1980), la Dissociative Experiences Scale (DES, Bemstein & Putnam, 1986), la State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2, Spielberger, 1988; 1999), la Female Sexual Distress Scale (DeRogatis, L.R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, & A., Heiman, 2002), il Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14, Clayton, Mc Garvey, Clavet, 1997), l'Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan & Main, 1985; 1996) e la Scala della funzione riflessiva (Self Reflective Function Scale, RF, Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998; Steele & Steele, 2008).

Per quanto riguarda il presente elaborato, l'obiettivo è stato quello di individuare le caratteristiche socio-demografiche di un campione di 125 soggetti che si sono rivolti al C.I.D.I.Ge.M.



## **4.2 Metodo, Campione e Strumenti**

I risultati qui presentati sono i dati preliminari del progetto esposto e riguardano le caratteristiche socio-demografiche del campione afferente al Ci.D.I.Ge.M. Il C.I.D.I.Ge.M. accompagna nel percorso di transizione in modo integrato, poiché coinvolge specialisti di diverse aree, ed in modo continuativo, dalla psicodiagnosi al follow-up postoperatorio.

### **a) Metodo**

La partecipazione al progetto è gratuita e del tutto volontaria. I partecipanti hanno firmato un consenso informato ed è garantito il diritto all'anonimato e alla riservatezza dei dati forniti. Il trattamento dei dati è conforme alla legge italiana: ai sensi del Decreto Legge n. 196/03 relativo alla tutela della persona per il trattamento dei dati personali e al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, negli art. 9 e 11. Tutti i dati personali dei partecipanti sono stati raccolti e archiviati in modo adeguato ed utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica

### **b) Campione**

Al C.I.D.I.Ge.M., dalla sua apertura nel Maggio 2005 a Settembre 2012, si sono rivolte 337 persone; da esse è stato selezionato in modo casuale il campione qui presentato. Esso consiste di 125 persone divise in tre sottogruppi: 65 con diagnosi di DIG, 10 con diagnosi di altri disturbi sessuali e dell'identità di genere e 50 che hanno abbandonato il percorso (da qui in avanti indicati come drop out).

I dati sono stati raccolti da Settembre 2012 a Gennaio 2013; la situazione socio-demografica descritta, quindi, fotografa il paziente all'arrivo al centro.

Tabella 4.1 Ingressi al C.I.D.I.Ge.M. (aggiornati Ottobre 2012). Fonte: C.I.D.I.Ge.M.	
Ingressi totali Maggio 2005- Settembre 2012	337
Nuovi ingressi 2012	44
Pazienti in Psicodiagnosi	30 (22 MtF e 8 FtM)
Pazienti in Real Life Experience	40 (23 MtF e 17 FtM)
Pazienti in Lista per RCS	25 (15 MtF e 10 FtM)
Pazienti in psicoterapia post RCS	4
Interventi di RCS 2005-2012	50 (41 MtFe 9 FtM)
Pazienti in follow up endocrinologico post RCS	107 (83 FtM e 24 MtF) 41 esterni e 66 C.I.D.I.Ge.M.
Drop out	50 (36 MtF e 14 FtM)
Dimessi	43

### c) Strumenti

È stato utilizzato il Questionario Socio-demografico che si compone di 17 domande, volte ad approfondire la conoscenza dell'utenza transessuale che si rivolge al servizio. Dopo aver raccolto i dati anagrafici, completi del sesso attuale e di quello verso il quale si vuole transizionare, vengono indagati la data ed il luogo di nascita, quello di residenza, la collocazione geografica e la grandezza, la scolarità e l'attività lavorativa, il tipo di qualifica, il settore in cui si è impiegati e l'esperienza pregressa. Si pongono poi domande relative allo stato civile, alla famiglia di origine e a quella attuale, inclusa l'eventuale presenza di figli, la loro composizione ed i rapporti relazionali ed affettivi che si sperimentano in esse. Si chiede poi con chi si condivide la propria abitazione e se si è affrontato un percorso di immigrazione. Si chiedono informazioni sulla propria vita sentimentale, rispetto cioè al proprio orientamento sessuale, all'esistenza di un partner, alla sua descrizione (età, scolarità, occupazione) ed alla qualità della relazione. Si tenta, inoltre, di ricostruire l'arrivo al C.I.D.I.G.E.M, come si è giunti

alla sua conoscenza e se vi sono stati altri contatti terapeutici precedenti. Vengono altresì indagati i rapporti sociali e le attività alle quali ci si dedica nel tempo libero. Infine, si cerca di comprendere la storia del disturbo dell'identità di genere: quando è stata avvertita l'incongruenza o il disagio ad essa connessa, chi è stato il primo confidente e se ci si è già sottoposti a somministrazioni ormonali od interventi chirurgici ed estetici.

#### d) Analisi Statistiche

È stato effettuato il calcolo delle statistiche descrittive di posizione e di dispersione per le variabili quantitative (media, deviazione standard) e per quelle qualitative (frequenza assoluta e relativa percentuale). Le variabili qualitative sono state analizzate mediante il test del Chi-quadrato. Le variabili quantitative sono state analizzate utilizzando il t-test per campioni indipendenti. Le analisi sono state ritenute significative se  $p \leq 0.01$  e  $0.05$ . L'analisi statistica è stata condotta usando SPSS 18.0 per Windows.

### **4.3 Risultati**

Di seguito verranno riportati i risultati divisi per sottogruppi: i pazienti con diagnosi di DIG (N=65), i pazienti che hanno ricevuto diagnosi diverse (N=10) ed i drop out (N=50).

#### **a) I pazienti con diagnosi di DIG**

L'età media del sottogruppo è di 31,6 anni (d.s. 9,7). Il 64,6% dei soggetti è MtF (N= 42), il 32,3% è FtM (N=21) ed i restanti sono pazienti già operati. Non sembrano esserci differenze significative tra l'età media delle MtF e degli FtM.

La nazionalità è quasi esclusivamente italiana (90,8 %) e più della metà dell'utenza risiede in una grande città (67,7%).

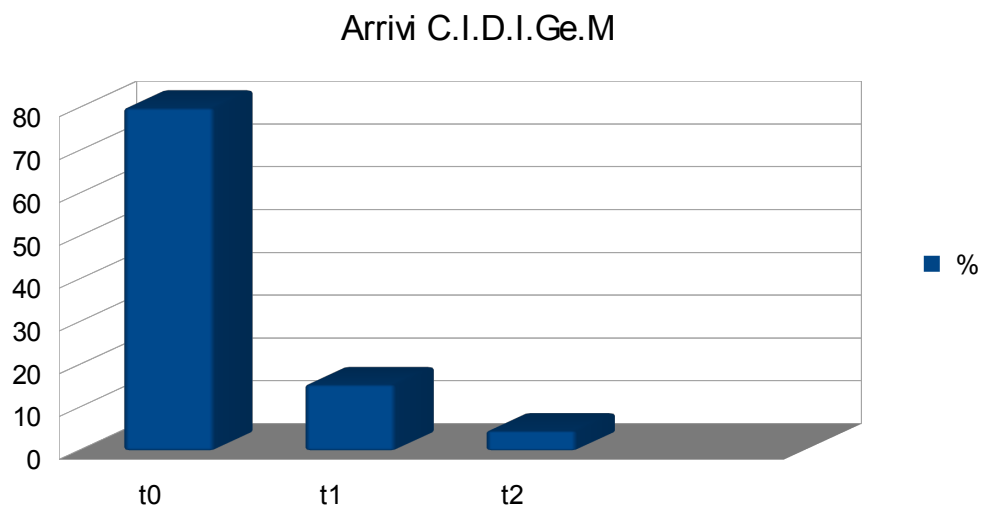
La maggior parte dei pazienti si rivolge al C.I.D.I.Ge.M. per iniziare la valutazione psicodiagnostica ed il percorso di transizione (80%); una parte meno consistente giunge al centro alla fine dell'esperienza di vita reale per accedere alla lista d'attesa chirurgica (15,4%), ed una parte minima (4,6%) dopo aver fatto l'intervento demolitivo. Tra coloro che hanno risposto alla domanda (N=63), la conoscenza del C.I.D.I.Ge.M. e la richiesta di presa in carico avvengono in seguito a segnalazioni di figure sanitarie (38,09%), amici o familiari (26,9%) o internet (19%). Meno della metà ha avuto contatti precedenti al C.I.D.I.Ge.M. (47,7%) ed il 36,6% di coloro che ne hanno avuti (N=30) si sono rivolti ad uno psicologo o psicoterapeuta. Il 20% ha iniziato precedentemente un percorso di transizione. Poco meno della metà ha intrapreso una psicoterapia prima di rivolgersi al centro (44,6%), tra i quali la maggior parte si è occupato del percorso di transizione (65,5%) o dell'identità di genere (13,7%). Ha cercato assistenza psicologica per un disturbo psichiatrico il 10,3%.

La maggioranza dei soggetti è celibe o nubile (87,7%) e poco meno della metà vive con la famiglia di origine (43,1%); il 21,5 % vive da solo o con il partner. Gli utenti hanno un partner in poco meno della metà dei casi (46%) e nella maggior parte dei casi hanno con essi un rapporto tra ottimo e discreto (rispettivamente 24,1% e 44,8%). L'orientamento sessuale è prevalentemente eterosessuale (92,1%). Solo il 3,1% ha dei figli (N=2). I soggetti valutano i rapporti con la famiglia di origine discreti nel 36,5% dei casi, ottimo nel 22,2% e non soddisfacente nel 20,6 % dei casi.

La scolarità è medio-bassa: il 49,2% ha terminato la scuola media inferiore ed il 36,9% la scuola media superiore. Solo il 7,7% ha frequentato l'università.

Rispetto alla situazione lavorativa circa la metà ha un lavoro dipendente (50,8 %), il 21,5% è disoccupato ed il 15,4% ha un lavoro autonomo. Meno della metà si è trasferita (46,2%) ed una sola persona ha scelto di venire a Torino per la transizione (1,5%) e pochissimi per la transizione ed il lavoro (3,1%, N=2). Confrontando i sottogruppi MtF e FtM è stata individuata una significatività statistica relativamente al trasferimento ( $\chi^2$ : 7,1,  $p < .01$ ): le MtF si trasferirebbero

più frequentemente degli FtM, per quanto ciò non sembrerebbe imputabile al percorso di transizione in sé<sup>81</sup>. I rapporti sociali sono considerati buoni nel 42,9% dei casi, discreti nel 25,4% e scarsi nel 20,6%.



*Grafico 4.1 Fase del percorso all'arrivo al C.I.D.I.Ge.M.. Legenda: t0: psicodiagnosi; t1: dopo la Real Life Experiences; t2: dopo l'intervento demolitivo.*

La disforia di genere è stata avvertita prevalentemente molto presto: tra i 3-5 anni (43,8%, N=64), i 6-10 (26,6%, N=64) e gli 11-13 (18,8%, N=64), mentre l'età della prima confidenza rispetto alla disforia appare successiva: tra i 14-19 anni nel 36,2% dei casi e tra i 20-30 nel 27,6% dei casi (N=58). Non è emersa significatività statistica tra i sottogruppi MtF ed FtM. I primi ad accogliere le confidenze del paziente sembrano essere stati la famiglia d'origine (36,2%, N=58), gli amici (29,3% N=58) e le figure sanitarie (20,7% N=58). Solo il 15,6% ha assunto autonomamente farmaci ormonali e quasi esclusivamente su consiglio di amici; per quanto riguarda gli interventi estetici, invece, più di un quarto ne ha già fatti (28,1 %), specialmente mammoplastica (o mastectomia) e rimozione della

<sup>81</sup> Il numero di coloro che indica la transizione tra le motivazioni del trasferimento è irrisorio. Si tratta di 3 persone su tutto il campione.

barba negli MtF. Inoltre, è significativamente maggiore la percentuale di MtF che assumono ormoni senza prescrizione medica e che giungono all'osservazione medica dopo aver effettuato degli interventi estetici. In realtà questo dato non tiene conto del fatto che solo 3 FtM sono giunti al C.I.D.I.Ge.M. in fasi successive alla psicodiagnosi. Potremmo quindi ipotizzare che, tendenzialmente, gli FtM inizino la transizione quasi esclusivamente sotto consulenza medica, mentre le MtF intraprendano, talvolta, alcune modificazioni già prima di rivolgersi al centro.



*Grafico 4.2 Età della prima manifestazione della disforia di genere*

#### **b) I pazienti con diagnosi di altri disturbi sessuali e dell'identità di genere**

I pazienti che non hanno ricevuto diagnosi di DIG sono 10, così ripartiti: 6 persone con diagnosi di feticismo da travestimento, 2 con diagnosi di

omosessualità egodistonica, una con diagnosi di disturbo sessuale NAS ed una con Disturbo dell'Identità di Genere NAS.

L'età media di questo gruppo è di 40,8 anni (d.s. 9,29) ed è composto da 8 MtF e 2 FtM (N=10). Sono, nella totalità dei casi, italiani e vivono per metà in piccoli centri urbani e per metà in grandi città.

Tutti si rivolgono al C.I.D.I.Ge.M. per richiedere di intraprendere il percorso di transizione e nessuno ha già terminato l'esperienza di vita reale né ha effettuato interventi chirurgici. Il 50% dei pazienti si rivolge al C.I.D.I.Ge.M. perché gli è stato consigliato da amici e familiari (N=4) ed il 37,5% (N=3) su consiglio delle figure sanitarie. Solo il 33,3% (N=3) ha avuto già contatti con professionisti della salute prima del C.I.D.I.Ge.M., in un caso con uno psicologo-psicoterapeuta, in uno con un endocrinologo ed in un altro con il personale del Ser.T.. Nessuno ha preso parte ad una psicoterapia precedentemente (N=9).

Il 60% è celibe o nubile ed il 60% vive da solo. Il partner è presente nel 44,4% dei casi (N=5) ed il rapporto con questi non è soddisfacente in un caso, è ottimo o discreto in altri due. Riguardo all'orientamento sessuale, il 30% mostra di essere confuso ed un altro 30% si dichiara omosessuale. Il 30% (N=3) ha figli ed i rapporti con essi sono discreti, non soddisfacenti o assenti. Il rapporto con la famiglia di origine è discreto nel 40% e non soddisfacente nel 30% dei casi.

La scolarità è medio-bassa (30% media inferiore e 50% media superiore), una sola persona ha terminato l'università. All'interno del campione vi è un 30% di disoccupati, mentre il 40% ed il 20% hanno rispettivamente lavori dipendenti e autonomi.

I rapporti sociali sono considerati scarsi nel 50% dei casi, discreti nel 30% e buoni nel 20%.

L'età nella quale i pazienti (N=10) riferiscono di aver provato disagio rispetto alla propria identità di genere è per il 30% tra gli 11 ed i 13 anni; ci sono però altre fasce di età ampiamente rappresentate: 6-10, 20-30 e 31-40 anni, in ognuna delle quali si colloca il 20% delle persone. L'età della prima confidenza

appare elevata: un 37,5% tra i 20 ed i 30 anni ed altrettanti tra i 31 ed i 40. Ad accogliere tali confidenze sono prevalentemente il partner (33,3%), gli amici (33,3%) o le figure sanitarie (22,2%) (N=9). Solo il 20% del campione ha utilizzato ormoni senza prescrizione medica ma su consiglio di amici, e lo stesso numero di persone ha già effettuato interventi estetici, in un caso mammoplastica ed in un altro l'ablazione del pomo d'Adamo.

### **c) I drop out**

Il campione dei drop-out consta di 50 soggetti, 36 MtF e 14 FtM, la cui età media è 30,70 anni (d.s. 9,9). Oltre la metà (64%) è nato al Nord ed il 18% proviene dal Sud.

Rispetto alla richiesta di riassegnazione chirurgica del sesso, l'80% arriva all'inizio del percorso e soltanto il 20% (N=10) richiede di poter completare la transizione già intrapresa altrove.

Il 90% è celibe o nubile. Per quanto riguarda la situazione abitativa, il 36% vive con la famiglia d'origine, il 34% da solo ed il 20% con il partner. Il 90% non ha figli. Riguardo al partner, che è presente nel 40% dei casi, il 61,9% è a conoscenza e sostiene la transizione. L'84% del campione è eterosessuale, il 10% è omosessuale ed il 6% è bisessuale. La transizione è stata accettata dal 42,9% delle famiglie mentre il 20,4% non ne è al corrente.

La scolarità è prevalentemente relativa alle scuola medie inferiori (46%) o superiori (44%). Poco più della metà ha un'occupazione (56%), mentre il 30% è disoccupato.

La disforia di genere viene esperita per la prima volta tra i 6 ed i 10 anni nel 34% dei casi, tra gli 11 ed i 13 nel 24%, tra i 3 ed i 5 nel 18% e nel 14% tra i 20 ed i 30 anni. Il 68% dei drop out non ha mai preso ormoni e solo il 14% ne ha assunti senza prescrizione. Inoltre, il 79,6% non ha fatto interventi estetici. I pazienti drop out rimangono in carico al C.I.D.I.Ge.M per una media di 5,36 mesi, (d.s. 6,69) e nell'82% dei casi non fanno ritorno. Il ritorno avviene in media dopo



1,6 mesi (d.s.6,45).

Per il campione di drop out abbiamo a disposizione dati aggiuntivi sulla comorbidità psichiatrica. La condizione psicologica complessiva è buona: i disturbi associati sono prevalentemente ansiosi o depressivi (rispettivamente 14% e 12%) mentre nel 64% dei casi non sono presenti altri disturbi mentali. Per quanto riguarda i disturbi di personalità è stata rilevata la comorbidità con un disturbo border-line di personalità (20%) ed istrionico (16%). In ogni caso, la maggioranza del campione non presenta disturbi di personalità (62%). Non è stata rilevata la presenza di deficit cognitivi, presente solo nel 2% dei casi (N=1).

#### **d) Analisi comparativa tra soggetti con diagnosi di DIG, soggetti con altra diagnosi e drop out**

Al fine di comprendere le specificità dei diversi sottogruppi, sono stati confrontati i soggetti con diagnosi di DIG ed i soggetti con altra diagnosi.

La differenza tra l'età media dei due campioni risulta statisticamente significativa ( $t = -2,79$ ,  $p < .01$ ), vale a dire che l'età media dei pazienti con diagnosi di DIG è sensibilmente minore di coloro che hanno diagnosi differenti.

Anche tra l'orientamento sessuale dei due sottogruppi è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa ( $\chi^2 = 18,50$ ,  $p < .01$ ), poiché vi è un numero significativamente maggiore di soggetti confusi rispetto alla propria identità sessuale nel campione con diagnosi diversa da quella di DIG rispetto al gruppo di pazienti diagnosticati con DIG. Un'altra differenza riguarda la presenza di figli, maggiore nei soggetti non diagnosticati con DIG ( $\chi^2 = 10,09$ ,  $p < .01$ ).

Coloro che hanno diagnosi di DIG, inoltre, hanno avvertito la disforia di genere significativamente prima di coloro che hanno avuto diagnosi differenti ( $\chi^2 = 17,12$ ,  $p < .01$ ).

Infine, i dati analizzati indicano che, tendenzialmente, coloro che non hanno diagnosi di DIG non hanno intrapreso percorsi psicoterapeutici precedenti prima di rivolgersi al C.I.D.I.Ge.M. ( $\chi^2 = 6,237$ ,  $p < .05$ ).

Non sono state riscontrate differenze significative tra il sottogruppo dei pazienti con diagnosi di DIG ed i drop out.

Infine, sono stati confrontati i soggetti non diagnosticati con disturbo dell'identità di genere ed i drop out. È emersa una significatività statistica per quanto riguarda l'età media: coloro che non hanno ricevuto diagnosi di DIG hanno un'età media significativamente più alta rispetto ai drop out ( $f=4,528$ ,  $p < .01$ ). Vi è inoltre una presenza significativamente maggiore di soggetti bisessuali all'interno del gruppo dei drop out ( $\chi^2 = 32,10$ ,  $p < .01$ ).

### **e) Analisi comparativa tra il campione del C.I.D.I.GE.M. ed i campioni presentati in letteratura**

Prima di effettuare i confronti tra il campione del C.I.D.I.Ge.M e quelli presenti in letteratura è stata verificato che non vi fossero differenze significative in merito al sesso ed all'età. Sono risultati confrontabili il campione italiano di Vitelli e Riccardi (2011), (N=18), quello spagnolo di Gómez-Gil et al. (2008), (N=163), quello tedesco di Kersting et al. (2003), (N=41), e quello australiano di Miach et al. (2000), (N= 48).

Rispetto alla condizione abitativa sono disponibili poche informazioni; il campione di Vitelli e Riccardi vive più frequentemente con la famiglia d'origine e vi è una significativa differenza rispetto alla distribuzione complessiva ( $\chi^2 = 189.9$ ,  $p < .01$ ).

Per quanto riguarda la scolarità non vi è differenza significativa con il campione italiano (Vitelli e Riccardi 2011) né con quello spagnolo (Gomez-Gil et al. 2008).

La presenza di un partner è significativamente minore di quella rilevata da Vitelli e Riccardi (2011) ( $\chi^2 = 4.058$ ,  $p < .05$ ).

#### 4.4 Discussione

Il campione si rivolge al C.I.D.I.Ge.M. per iniziare il percorso di transizione nella prima età adulta (in media 31,6 anni, d.s. 9,7) e ciò potrebbe indicare che la pervasività della disforia porta rapidamente alla consultazione clinica. Indubbiamente l'esistenza di un servizio di accompagnamento e sostegno da prima del compimento della maggiore età modifica e migliora la qualità della vita di coloro che vivono un'incongruenza di genere oggi, rispetto a coloro che, alla stessa età, subivano maggiore discriminazione e carenza di possibilità di cambiamento (Marcasciano, 2002; 2008).

Il campione è composto in larga parte da persone celibi o nubili (87,7%); non essere sposati potrebbe dipendere, in parte, dalla giovane età media del campione ed in parte dall'impossibilità, per le persone transessuali in transizione, di contrarre matrimonio. Benché sia frequentemente presente un partner, generalmente di sesso opposto rispetto al sesso di arrivo della persona transessuale, il legame non può essere in alcun modo riconosciuto a livello legislativo in Italia.

Per quanto riguarda la scolarità e l'occupazione, solo il 7,7% ha completato gli studi universitari; considerando la giovane età del campione potremmo ipotizzare che alcuni soggetti abbiano iniziato, ma non completato, la carriera universitaria, ma se associamo questo dato alla disoccupazione possiamo interrogarci sulle possibilità di affermazione della popolazione transessuale. I soggetti disoccupati del nostro campione sono il 21,5%, e per quanto non sia possibile generalizzare i nostri dati alla popolazione generale dei transessuali, essa rimane una percentuale molto più elevata di quella riscontrata nella popolazione generale<sup>82</sup>.

A prescindere da una situazione socio-economica talvolta difficile, il

---

82 Tra il 2005 ed il 2012, il tasso di disoccupazione nella popolazione generale è variato dal 6,1% al 10,9%, dati Istat, disponibili su [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_TAXDISOCCU](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXDISOCCU)

campione qui descritto dichiara di poter disporre di una buona rete sociale (buona nel 43,5% dei casi, discreta nel 24,2%).

L'età in cui si manifesta la disforia di genere è molto bassa e ciò potrebbe indurre a pensare che una precoce disforia di genere si orienti poi verso un percorso di transizione e questo sembrerebbe confermato dal fatto che coloro che non ricevono diagnosi di DIG sperimentano la disforia ben più tardi. D'altra parte, la letteratura indica che solo una piccola parte di minori con identità di genere atipica evolveranno in pazienti con disturbo dell'identità di genere (Zucker & Spitzer, 2005).

Non risulta elevato il numero di coloro che assumono ormoni e si sottopongono ad interventi estetici prima o al di fuori dal percorso. Tali esperienze si configurano come differenti da quelle raccontate, in forma narrativa, da Porpora Marcasciano (2002; 2008) e riguardanti transessuali che esperivano la loro incongruenza di genere quando ancora non era normata la transizione, non esisteva la legge 164/1982, né centri come il C.I.D.I.G.E.M o il MIT. Sembrerebbe, quindi, che l'introduzione della Legge 164/1982, dei Servizi Sanitari dedicati (ed il cambiamento della società) abbiano diminuito il ricorso a pratiche potenzialmente pericolose. Per quanto vi possa essere un'alienazione della conoscenza medico-scientifica da coloro che vivono la condizione transessuale, con il rischio di un processo di normalizzazione (Reznik, 2004) e di conformità al binarismo, a parere di chi scrive è innegabile il miglioramento della salute delle persone transessuali, da quando possono rivolgersi a personale qualificato (Marcasciano, 2002; 2008).

Il campione di pazienti che ha ricevuto diagnosi diverse dal DIG è molto piccolo (N=10) e ciò non permette di effettuare ipotesi su tale sottogruppo. È possibile, in ogni caso, rilevare un'età media più elevata (40,80 anni), che potrebbe indicare che una disforia in età adulta più difficilmente si configura come DIG. L'orientamento sessuale è più vario e ciò può portare ad ipotizzare che una confusione rispetto ad esso venga confusa dal paziente con una disforia di genere o che vi possa essere una omosessualità egodistonica. Infine, 9 soggetti su

10 non hanno mai intrapreso una psicoterapia, e ciò potrebbe indicare un disagio più tardivo.

Infine, il campione di drop out si differenzia da coloro che hanno avuto diagnosi di DIG per l'orientamento sessuale: si tratta dell'unico gruppo in cui troviamo persone che si dichiarano bisessuali. La quasi totale assenza di differenze statisticamente significative, ad ogni modo, non ci permette di effettuare deduzioni su tali diversità.

#### **4.5 Limiti**

Uno dei limiti maggiori è la scarsa numerosità del campione; non solo nella sua totalità, ma anche rispetto alla disomogeneità dei tre sottogruppi. Inoltre, il campione non è rappresentativo della popolazione transgender perché include soltanto coloro che richiedono la riassegnazione chirurgica del sesso.

I dati sono stati ottenuti in maniera retrospettiva e potrebbero risentire di una limitata accuratezza.

#### **4.6 Conclusioni**

I dati qui presentati, per quanto parziali, permettono di iniziare a comprendere alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione transessuale che si rivolge al C.I.D.I.GE.M. Poter tracciare un profilo socio-demografico del campione significa poter progettare una presa in carico adeguata.

Si tratta di garantire, in primo luogo, il diritto alla salute della popolazione transessuale, vale a dire poter beneficiare di professionisti qualificati, servizi dedicati, competenti e tempestivi. In merito a quest'ultima, non si può ignorare che il C.I.D.I.GE.M ha effettuato soltanto 50 interventi dal 2005 al 2012, a fronte di 337 ingressi. Potrebbe essere interessante ottenere dei dati rispetto alla durata media del percorso ed ipotizzare delle strategie che riducano i tempi di attesa. Comprendere l'intrinsecità della condizione, invece, può favorire buone pratiche nella presa in carico: rivolgersi al paziente con i prefissi relativi al sesso d'arrivo

(WPATH, 2012; Markman, 2011), proporsi di garantire i diritti riproduttivi delle persone in transizione (WPATH, 2012), predisporre i documenti di raccolta dati con uno spazio bianco per il sesso, di modo che ci si possa autodefinire (Markman, 2011), pensare bagni non connotati in maniera binaria (Markman, ibidem), prevedere una formazione ed un aggiornamento costante e approfondito riguardo alla psicodiagnosi ed al trattamento. A parere di chi scrive, una risorsa irrinunciabile sono le associazioni e gli attivisti transgender, poiché offrono un sapere differente, ed al tempo stesso necessario, per la qualità della vita della popolazione transessuale.

Inoltre, conoscere lo status socio-economico e la situazione relazionale del campione permette di estendere il focus di intervento al di fuori del C.I.D.I.GE.M, o di qualunque altro luogo in cui si offre sostegno psicologico, per rivolgersi alla società nel suo complesso e prevedere gruppi di supporto per i familiari, interventi educativi nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle istituzioni<sup>83</sup>.

Infine, l'analisi della letteratura ha consentito di individuare ambiti ed aspetti da approfondire. In primo luogo, si auspica un maggior numero di studi che si occupi di transessualismo anche attraverso l'approccio cognitivo-costruttivista. In particolare, appare rilevante conoscere gli stati della mente attuali relativi all'attaccamento dei pazienti per favorire l'alleanza terapeutica, per ridurre i fattori di rischio di uno scompenso psico-patologico, per favorire un benessere psico-fisico complessivo. Inoltre, risulta poco indagata la presenza di abusi o di eventi traumatici. Questi ultimi incidono sul presente di coloro che li subiscono, ma ad essi vi si può rivolgere, al tempo stesso, in ottica preventiva. Nel caso di persone adulte che, durante il percorso, disvelano tale esperienza deve essere garantita una presa in carico psicoterapeutica; andando oltre, però, si dovrebbero ipotizzare degli strumenti preventivi nei confronti dei soggetti che potrebbero essere esposti a rischi maggiori di incorrere in queste esperienze. I bambini con

---

83 Un esempio di interventi che possono essere messi in atto dalle istituzioni, e che hanno un impatto positivo sulla qualità della vita delle persone transessuali, è l'introduzione, presso l'Università di Torino, del libretto universitario aggiornato con i dati del sesso d'arrivo. Cfr. [http://www.unito.it/unitoWAR/ShowBinary/FSRepo/Area\\_Portale\\_Pubblico/Documenti/R/Regolamento\\_Studenti\\_2012\\_2013.pdf](http://www.unito.it/unitoWAR/ShowBinary/FSRepo/Area_Portale_Pubblico/Documenti/R/Regolamento_Studenti_2012_2013.pdf)

identità di genere atipica più facilmente potrebbero incorrere in situazioni stressanti, essere vittima di insulti, soffrire di bassa autostima, essere vittime di abusi (anche se meno severi<sup>84</sup>) (Gehring & Knudson, 2008). Il ruolo del clinico, dunque, non può essere solo la presa in carico del percorso di transizione ma deve rivolgersi all'individuo, sin dalla sua infanzia, alla famiglia ed all'ambiente sociale nel suo insieme.

---

<sup>84</sup> Sono considerati meno severi gli eventi sessuali che comportano esporsi o toccare l'abusante (Gehring & Knudson, 2008).

## Bibliografia

Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.

Anuka, J. A. (2002). The role of sex hormones in sexual differentiation of the brain: a review. *West African Journal of Pharmacology and Drug Research*, 18, 1-5.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> edition. Washington, DC: APA [Trad. it.: DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a edizione, Masson, Milano, 1983].

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> edition, revised (DSM-III-R). Washington, DC: APA [Trad. it.: DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a edizione, rivista. Masson, Milano, 1988].

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edition, Washington, DC: APA [Trad. it.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – 4a edizione, Masson, Milano, 1996].

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edition text revised (DSM-IV-TR), Washington, DC: APA [Trad. it.: DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision, Masson, Milano, 2002].

American Psychiatric Association. (2010). *Proposed Revision 302.85, Gender Identity Disorder in Adolescent or Adults*. Disponibile presso: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1993). A Psychometric Study of the Adult Attachment Interview: Reliability and Discriminant Validity. *Developmental Psychology* 29, 870-879.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development* 11 (3), 223-263.

Baltieri, D. A., & De Andrade, A.G. (2007). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 6(4), 1185-1188.

Bandini, E., Fisher, A.D., Lo Sauro, C., Buci, L., Ricca, V., Maggi, M., Forti, G., & Faravelli, C. (2008). Il disturbo di identità di genere. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 338-355.



- Bara, B. G., (2000). Linguaggio. In Bara B. G., *Il Metodo della Scienza Cognitiva. Un Approccio Evolutivo allo Studio della Mente* (pp. 206-246). Torino: Bollati Boringhieri.
- Basaglia, F. (1968). Le istituzioni della violenza. In Basaglia, F. (eds) *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Behrens, K. Y., Hesse, E., & Main, M. (2007). Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-year-olds' reunion responses: a study conducted in Japan. *Developmental Psychology*, 6, 1553-1567.
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. *Child Development* 65, 1444-1456.
- Bentz, E. K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A. & Tempfer, C. B. (2008). The polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility*, 90, 56-59.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12):727-35.
- Birkenfeld-Adams, A., Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1998). Boys with gender identity disorder: Signs of separation anxiety and distress. Poster presentato alla Second International Conference on Attachment and Psychopathology, Toronto.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real life experience: from gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211-222.
- Bosinski, H. A., Peter M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G. et al. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22, 361-380.
- Bourgeois, M. L. (2007). Transsexualisme et dysphorie de genre. *Annales Médico-Psychologiques*, 165, 689-691.
- Bower, H. (2001). The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 1-8.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. [Trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989].
- Bradley, S. J. (1995). Gender Disorder in Childhood: A formulation. In Steiner, B. W. (Eds.) *Gender Dysphoria: Development, Research, Management*. Plenum Press, New York, 175-188.
- Bretherton, I., & Munholland, K.A., (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 117-146). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].

- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 7-28). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].
- Clayton, A. H., McGarvey, E. L., & Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 731-745.
- Coates, S., & Cook, C. (2001). Disturbi dell'identità di genere. In M. Ammaniti (Eds.) *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated finding or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702-709.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. G. J. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfa͡fflin, F. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 499-513.
- Coleman, E. (2009). Toward Version 7 of the World Professionals Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1-7.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2002). The heritability of gender disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251-257.
- Cook, C. (1999). *Parental contributions to the aetiology of gender identity disorder: A study of attachment, affect regulation and gender conflict*. Unpublished master's thesis, The City College of the City University of New York.
- Daniel, S. I. (2010). Adult Attachment Patterns and Individual Psychotherapy: A review. *Focus*, 8(1), 127-142.
- Despentes, V. (2006). A letto con il nemico. In *King Kong Girl*. Torino: Einaudi.
- 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(4):370-9.

- DeRogatis, L.R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, & A., Heiman, J. (2002) The Female Sexual Distress Scale: Initial Validation of a standardized Scale for Assessment of Sexually Related Personal Distress. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 317-330.
- Dettore, D. (2005) Disturbo dell'identità di genere: inquadramento diagnostico e differenziale e incidenza-prevalenza (pp. 1- 33). In Dettore, D. (Eds.) *Il Disturbo dell'Identità di Genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill.
- Dettore, D., & Ristori, J. (2005) Disturbo dell'identità di genere: teorie eziopatogenetiche (pp.117- 159). In Dettore, D. (Eds.) *Il Disturbo dell'Identità di Genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill.
- Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation and child abuse: An initial discussion based on non clinical data. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 6(3), 49-72.
- Di Ceglie, D. (1998). Management and therapeutic aims in working with children and adolescents with gender identity disorders, and their families. In *A Stranger in my own body*. London: Karnak.
- Docter, R. F., & Fleming, J. S. (2001). Measures of transgender behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 30:255-271.
- Drescher, J. (2009). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.
- Duišin, D., Nikolić-Balkoski, G., & Batinić B. (2009). Sociodemographic profile of transsexual patients. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 220-223.
- Ekins, R. (2005). Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity. *Sexualities*, 8(3), 306-328.
- Esman, A. H. (1970). Transsexual identification in a three-year-old twins: A brief communication. *Psychosocial process*, 1, 77-79.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target M. (2008). Psychoanalytic Constructs and Attachment Theory and Research. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 902-931). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual*. Version 5, University College London, London.
- Freedman, D., Tasker, F., & Di Ceglie, D. (2002). Children and adolescent with

transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: a brief report of key developmental features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 423-432.

García-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132-3146.

Gehring, D., & Knudson, G. (2005). Prevalence of Childhood Trauma in a Clinical Population of Transsexual People. *International Journal of Transgenderism*, 8(1), 23-30.

Gelli, B. (2009). *Psicologia delle Differenze di Genere. Soggettività femminili tra vecchi pregiudizi e nuova cultura*. Milano: FrancoAngeli.

George, C., Kaplan, N., & Main M., (1985). *Adult Attachment Interview*. University of California Press, Berkeley.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview Protocol*. Unpublished manuscript.

Godano, A., & Massara, D. (1990). Disturbi dell'Identità Sessuale: dati clinici e sociologici in 77 pazienti. *Archivio Italiano di Urologia, Nefrologia, Andrologia* 62, 79-88.

Gomez-Gil, E., Vidal-Hagemeijer, A., & Salamero-Barò, M. (2008). MMPI-2 Characteristic of Transsexuals Requesting Sex Reassignment: Comparison of Patients in Prehormonal and Presurgical Phases. *Journal of Personality Assessment* 90(4), 1-7.

Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

Green, R., & Stoller, R. J. (1971). Two monozygotic (identical) twin pairs discordant for gender identity. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 321-327.

Gladue, B. A., Green, R., & Hellman, R. E. (1984). Neuroendocrine response to estrogens and sexual orientation. *Science*, 225, 1496-1499.

Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Ed.), *Attachment and psychopathology* (pp. 171-195). New York: Guildford Press.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32:50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23:56-62.

Hamilton, M. (1966) Assessment of change in psychiatric state by means of rating scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59(1):10-13.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive

illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6:278-96.

Hamilton, M. (1969). Standardized assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatra, Neurologia, Neurochirurgia*. 72:201-205.

Hamilton, M. (1980) Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 41:21-24.

Haraldsen, I.R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 276-281.

Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T. et al. (2009). Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological Psychiatry*, 65, 93-96.

Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001). *The Standards of Care for Gender Identity Disorders - 6th Version*. Disponibile presso: <http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/index-3.htm>

Hathaway, S. R., & Mc Kinley, J.C. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. Minneapolis MI: University of Minnesota Press.

Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundström, B., Ekselius, L., Bodlund, O., et al. (2005). Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 657-664.

Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of eating disorder*, 32, 473-478.

Hepp, U., Milos, G., & Braun-Scharm, H. (2004) Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotis twins. *International Journal of eating disorder*, 35, 239-243.

Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, Method of Analysis, and Empirical Studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 637-690). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].

Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Voker, Arolt (2003). Dissociative disorders and Traumatic Childhood Experiences in Transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 182-189.

- King, D. (2003). Gender Migration: A sociological Analysis (or the leaving of Liverpool), *Sexualities* 6(2), 173-194.
- Kobak, R., & Madsen, S. (2008). Disruptions in Attachment Bonds: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 29-57). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].
- Kraemer, B., Del Signore, A., Schnyder, U., & Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopatologia*, 41, 96-100.
- Kruijver, F. P., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034-2041.
- Lawrence, A.A. (2010). Proposed revisions to gender identity Disorder Diagnoses in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1253-1260.
- Lawrence, A. A. (2011). Do some men who desire sex reassignment have a mental disorder? Comment on Meyer-Bahlburg. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 651-654.
- Lingiardi, V. (2008). Dreaming Gender: Restoration and Transformation. *Studies in Gender and Sexuality*, 8(4), 313-331.
- Liotti, G. (2005). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In B. G. Bara (Eds.) *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti, G. & Tombolini, L. (2006), Terapia cognitive e prospettiva cognitivo-evoluzionista nel lavoro clinico con gay e lesbiche. In Rigliano P. e Graglia M. (Eds), *Gay e lesbiche in terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lothstein, L. (1983). *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., et al. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*, 46, 904-907.
- Ma, K. (2007). Attachment theory in adult psychiatry. Part 2: Importance to the therapeutic relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 10-16.
- Main, M., & Goldwin, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: implications for the abused abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect*, 8(2), 203-207.
- Marantz, S., & Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder:

A comparison to normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 136-143.

Marcasciano, P. (2002). *Tra le rose e le viole*. Roma: Manifestolibri.

Marcasciano P. (2008). *Favolose Narranti. Storie di transessuali*. Roma: Manifestolibri.

Markman, E. R. (2011). Gender Identity Disorder, the Gender Binary, and the Transgender Oppression: Implications for Ethical Social Work. *Smith College Studies in Social Work*, 81(4), 314-327.

Manderson, L., & Kumar, S. (2001). Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 546-547.

Marvin, R. S., & Britner, P. A. 2008. Normative Development: The Ontogeny of Attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 307-335). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 461-476.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Do some men who desire sex reassignment have a mental disorder? Response to Lawrence. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 655-657.

Miach, P. P., Berah, E. F., Butcher, J. N., & Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in Assessing Gender Dysphoric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 75(2), 268-279.

Michaud, I., & Boivin, J. (2009). When attachment disorder presents with symptoms of Gender Identity Disorder: Case Discussion. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 136-137.

Migeon, C. J., & Wisniewski, A. B (1998). Sexual differentiation: from genes to gender. *Hormone Research*, 50, 245-251.

Mohr, J., & Fassinger, J. (1998). *Individual differences in Lesbian/Gay Identity: An attachment Perspective*. Unpublished manuscript. University of Maryland at College Park.

Pancheri, L., & Sirigatti, S. (1995). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) Manuale*. Firenze: OS Organizzazioni Speciali

Pauly, I. (1974). Female transsexualism: Part I. *Archives of sexual behavior*, 3(6), 487-507.

Piper J., & Mannino, M. (2008). Identity Formation for Transsexual Individuals in

- Transition. *Journal of GLBT Family Studies*, 4(1), 75-93.
- Pedon A., & Gnisci, A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino.
- Reznik, D. 2004. Capitalist Medicine and Gender Identity Disorder. Disponibile su <http://www.clas.ufl.edu/users/dreznik/Capitalist%20Medicine%20and%20Gender%20Identity%20Disorder.pdf>
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*, ed.it. 1981, Roma Edizioni Kappa
- Ross, L., Doctor, F., Dimito, A., Kuehl, D., & Armstrong, S. (2008). Can talking about oppression reduce depression? *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 19(1), 1-15.
- Schore, A.N.(1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder. A comparison of male to female, female to male transsexual and non transsexuals control subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42, 38-45.
- Simpson, J. A., & Belsky, J. (2008). Attachment Theory within a Modern Evolutionary Framework. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 151-181). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].
- Solomon, J., & George C. (2008) The Measurement of Attachment Security and Related Constructs in Infancy and Early Childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 437-478). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory -2 (STAXI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource Inc.
- Sroufe, L.A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. In: Busch, F., (Ed.), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, And Clinical Implications*. Taylor and Francis: New York, pp. 133–158.



Suomi, S. J. (2008). Attachment in rhesus monkeys. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 200-219). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].

The WHOQoL Group (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQoL). In J. Orley and W. Kuyken (Eds). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag

Ujike, H., Otani, K., Nakatsuka, M., Ishii, K., Sasaki, A., Oishi, T., et al. (2009). Association study of gender identity disorder and sex hormone-related genes. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*.

van der Horst, F. C. P., & van der Veer, R. (2010). The ontogeny of an idea: John Bowlby and his contemporaries on mother-child separation. *History of psychology*, 13 (1), 25-45.

van IJzendoorn, M. H. (1996). Attachment Representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical group: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 64(1), 8-21.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387-403.

Vaughn, B., Egeland, B., Sorufe, A. L., & Waters, E. (1979). Individual Differences in Infant-Mother Attachment at Twelve and Eighteen Months: Stability and Change in Families under Stress. *Child Development*, 50, 971-975.

Veglia, F. (2004) Sessualità e sviluppo: psicologia, psicopatologia, clinica. In Lambruschi, F. (Eds.) *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche* (pp. 577- 629). Torino: Bollati Boringhieri.

Vitelli, R., Bottone, M., Sisci, N. & Valerio, P. (2006). L'identità transessuale tra storia e clinica. Quale intervento per quale domanda. In Graglia M. & Rigliano P. (Eds.) *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

Vitelli, R., Riccardi, E. (2011). Gender Identity Disorder and Attachment Theory: The Influence of the Patient's Internal Working Models on Psychotherapeutic Engagement and Objective. A Study Undertaken Using the Adult Attachment Interview. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 241-253.

Wallin, D.J. (2007). Fonagy and Forward. In Wallin, D.J., *Attachment in Psychotherapy*. NY: Guildford Press. [Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento* (pp. 43-62) Bologna:Il Mulino].

Wallin, D.J. (2007). Mary Main: Mental Representations, Metacognition and the Adult Attachment Interview. In Wallin, D. J. *Attachment in Psychotherapy*. NY: Guilford Press. [Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento* (pp. 63-87). Bologna: Il Mulino].

Wallin, D.J. (2007). The Foundations of Attachment Theory. In Wallin, D.J., *Attachment in Psychotherapy*. NY: Guilford Press. [Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento* (pp. 43-62) Bologna: Il Mulino].

Wallin, D. J. (2007). The Varieties of Attachment Experience. In Wallin, D.J., *Attachment in Psychotherapy*. NY: Guilford Press. [Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento* (pp.149-169). Bologna: Il Mulino].

Ward J., & Schneider B. (2009). The Reaches of Heteronormativity: An introduction. *Gender and Society*, 23, 433-439.

Weinfield, N. S., Sroufe, A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment: Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press [Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione* (pp. 91-116). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010].

Wilson, K. (1997). Gender as illness: issues of psychiatric classification. In Paul E ed., (2000) *Taking Sides - Clashing Views on Controversial Issues in Sex and Gender* (pp. 31-38). Guilford: Mc Graw-Hill, 2010.

Wilson, K. (1997). The Disparate Classification of Gender and Sexual Orientation in American Psychiatry. *Psychiatry On-Line*, [Online] disponibile presso: <http://www.publinet.it/ad88/psych/disparat.htm>; <http://www.publinet.it/users/ad88/psych.htm>

Winston, A.P., Acharya, S., Chaudhuri, S., & Fellowes, L. (2004). Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: a report of two cases. *International Journal of eating disorder* 36, 109-113.

Wolfe, S. (1990). *Psychopathology and psychodynamics of parents of boys with a gender identity disorder*. Unpublished doctoral dissertation. City University of New York, New York.

World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases, injuries and causes of death. 10<sup>th</sup> Edition*. Ginevra: World Health Organization. [Trad. it. *ICD-10. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. Roma: Istituto poligrafico e Zecca dello Stato].

World Professional Association for Transgender Health (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. Disponibile presso <http://www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf>

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia: fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: Il Mulino.

Zhou, J., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68–70.

Zucker, K. J. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 477-498.

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Lowry Sullivan, C. B. (1996). Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 791-798.

Zucker, K. J., & Spitzer, R. L.(2009). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? *Journal of sex and marital therapy*, 31, 31-42.