

Intervistiamo il Prof. Paolo Valerio



PROF. PAOLO VALERIO

Psicologo e Psicoterapeuta.

Presidente presso Osservatorio Nazionale Identità di Genere ONIG.

Professore di ruolo di I fascia per la disciplina "Psicologia Clinica", presso la facoltà di medicina dell'Ateneo di Napoli Federico II

Caro Paolo (permettimi di chiamarti così per la nostra lunga amicizia anche se questa è un'intervista ufficiale per la nostra rivista) ti ringrazio moltissimo per la disponibilità a mettere la tua grande competenza a disposizione dei nostri lettori rispondendo a queste mie domande che hanno lo scopo di far luce su un'area molto importante per il benessere delle persone, ma ancora poco conosciuta e ancora troppo chiusa non solo per i professionisti che

la debbono prendere in considerazione ma anche per il pubblico più in generale.

1) E dunque, con la tua grande esperienza accumulata in tanti anni in questo campo, ci puoi dare qualche chiarimento più preciso e circostanziato su Identità di genere e Transgender?

Caro Luciano, prima di tutto ti ringrazio per avermi offerto l'opportunità di ripercorrere alcuni momenti cruciali legati al mio lavoro con le persone transgender/gender non conforming (TGNC) e di introdurre i lettori della rivista alla conoscenza delle varie questioni che ruotano intorno all'identità di genere e ai suoi "dintorni". Purtroppo, questo è un tema poco conosciuto dagli psicologi, dagli psicoterapeuti e da quanti lavorano nel

mondo “psicologico”. Io stesso, quando ho iniziato a lavorare in quest’ambito - e questo è accaduto quasi per caso molti anni fa - non sapevo molto di quello che all’epoca era catalogato nel DSM-IV fra i disturbi mentali e veniva definito “Disturbo dell’Identità di Genere”, benché mi ritenessi uno psicoterapeuta e un docente universitario abbastanza impegnato nel campo delle questioni che hanno a che vedere con le Identità Sessuali delle persone LGBTI (Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender e Intersessuali).

In realtà, quando si parla di questa particolare popolazione è necessario effettuare un’operazione di definizione dei costrutti teorici utilizzati, operazione che risulterà sempre parziale per la complessità del tema. Dietro ad un linguaggio impreciso, infatti,

si cela un pericolo che prescinde dal semplice errore linguistico e che abbraccia, al contrario, la possibilità di alimentare pregiudizi e stereotipi o di avallare una visione errata della questione. Quindi, prima di procedere voglio fare un po' di chiarezza sulle diverse componenti dell'Identità Sessuale e sui suoi derivati. Quando parlo di *Identità Sessuale* intendo riferirmi a un costrutto multidimensionale che indica una dimensione soggettiva e del tutto personale del proprio essere sessuato.

L'identità sessuale non è qualcosa di già dato, ma si costruisce nel tempo attraverso un lungo e complesso processo interattivo nel corso del quale si intrecciano, in maniera imprevedibile, aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi. I modelli attualmente più

L'identità di genere va, dunque, intesa quale senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un genere e non all'altro.

utilizzati per definire l'identità sessuale sono quelli di Shively e De Cecco e di Lev, secondo i quali essa risulta essere costituita da quattro componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, l'espressione di genere e l'orientamento sessuale.

Può essere utile definire singolarmente tali componenti, tenendo però presente che in realtà esse sono profondamente intrecciate e, in qualche modo, interdipendenti.

Il sesso

Il sesso corrisponde al corpo sessuato, all'anatomia. **È una dimensione biologica** che fa riferimento

alle caratteristiche genetiche, ormonali, anatomiche e fisiologiche dell'essere umano. Il sesso è, dunque, caratterizzato dai cromosomi sessuali (XY per il maschio e XX per la femmina), dai genitali esterni, dalle gonadi e dai caratteri sessuali secondari che si svilupperanno solo in pubertà. Il sesso, però, non ha rilevanza soltanto sul piano biologico-naturale: è, infatti, a partire dalle caratteristiche macroscopiche degli organi genitali che si realizza il processo di assegnazione sessuale.

Faccio riferimento, cioè, all'assegnazione che viene fatta, alla nascita del soggetto, al sesso maschile o al sesso femminile, processo non certamente 'naturale', quanto piuttosto socioculturale in virtù dello slittamento categoriale implicito dal "sesso" al "genere" che subdolamente vi si cela. Gli effetti di tale operazio-

ne non vengono ad essere resi visibili solo considerando le condizioni transgender, ma anche, ad esempio, le persone intersessuali, più spesso trascurate all'interno del discorso sociale e medico, le quali vengono definite dalla medicina come affette da *Disordini della Differenziazione Sessuale* (DSD) – ovvero sia da condizioni congenite caratterizzate da uno sviluppo atipico del sesso cromosomico, anatomico o gonadico.

Un neonato su 2000 viene al mondo con genitali atipici o con alterazioni cromosomiche che rendono difficile, e in alcuni casi impossibile, assegnare alla nascita il neonato al sesso maschile o a quello femminile. Tale sviluppo non sempre appare visibile sin dalla nascita, né si può venire già a conoscenza dell'auto-identificazione di genere delle persone intersessuali.

Quest'ultimo punto ci ricollega immediatamente all'identità di genere.

L'identità di genere

Questo è un costrutto più attinente alla sfera psicologica e socio-culturale che non a quella biologica e ha a che fare con le rappresentazioni interne e sociali della femminilità e della mascolinità. **L'identità di genere va, dunque, intesa quale senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un genere e non all'altro.** Stoller ha sostenuto che già a 3 anni i bambini sono in grado di identificarsi con il genere maschile o femminile e che, nella gran parte dei casi, non è possibile modificare l'identità di genere una volta che essa si sia organizzata. L'identità di genere, però, non va considerata come binaria o dicotomica. Esistono diverse sfumature identitarie.

IDENTITÀ DI GENERE E ORIENTAMENTO SESSUALE OGGI

Alcune persone, ad esempio, benchè siano state assegnate alla nascita a un genere in base all'apparenza dei genitali esterni si percepiscono come appartenenti al genere opposto e altre, invece, si percepiscono di non appartenere strettamente a nessuno dei generi collegati ai due sessi biologici.

L'identità di genere può, quindi, essere o meno congruente con il sesso assegnato alla nascita, assegnazione che, come prima esplicitato, si basa sulla sola apparenza dei genitali esterni.



Alcune identità di genere risultano 'non conformi' alle norme socio-culturali fondate sul binarismo di genere, ovvero su quel dispositivo socio-culturale che impone l'esistenza di due generi soltanto, maschile e femminile. Solitamente si utilizza il termine *transgender* per riferirsi a quel gruppo diversificato di persone che attraversano, trascendono o travalicano le definite categorie di genere.

Questo gruppo include le persone *transessuali* MtF (*male to female*) o FtM (*female to male*), o, come più correttamente si dice oggi, *AMAB* (*Assigned Male at Birth*) e *AFAB* (*Assigned Female at Birth*) (assegnato/a maschio/femmina alla nascita), che necessitano di sottoporsi a terapie ormonali e/o chirurgiche per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo e poter

vivere a tempo pieno nel genere vissuto come proprio; le persone *cross-dressers*, che usano indossare abiti del sesso opposto a quello loro assegnato; le persone *transgender* che vivono a tempo pieno nel genere di identificazione, prendono o meno ormoni, ma non avvertono il bisogno di sottoporsi ad alcun intervento demolitivo-ricostruttivo di Riaffermazione Chirurgica di Genere (RCG); le persone *bigender, non binary/gender queer* che si identificano sia con il genere maschile che con quello femminile o che non si riconoscono in nessuno dei generi basati sul codice binario M/F; infine, le persone *drag queens e drag kings*, che indossano abiti del sesso opposto a quello loro assegnato, adottando atteggiamenti iperfemminili o ipermaschili. Più recentemente, per indicare queste identità

fluide rispetto alle cristallizzazioni binarie del genere maschile e femminile, si sta utilizzando il termine *gender variance*, ovvero varianza di genere.

Si è soliti, dunque, scindere dicotomicamente il sesso e il genere, l'uno appartenente alla sfera puramente biologica, l'altro a quella sociale e culturale. Naturalmente mi rendo conto che sto cercando di chiarire molto sinteticamente concetti che richiederebbero una più lunga e articolata trattazione. Continuando il discorso sulle componenti dell'identità sessuale, prenderò in considerazione *l'espressione di genere*.

L'espressione di genere

È quell'insieme di comportamenti, attitudini e modalità di presentazione sociale che, nell'ambito di uno specifico contesto socio-culturale, è riconosciuto come tipicamente maschile o femminile. L'espressione di genere, dunque, è la manifestazione pubblica dell'*identità di genere* che rappresenta, invece, una dimensione più privata e personale.

Questa componente identitaria esprime, per così dire, l'adattamento sociale alle norme condivise su manierismi, adornamenti, tratti di personalità, vocabolario, interessi, abitudini, ecc. Tutte queste modalità diventano 'tipicizzate' per genere ed esistono codici, regole precise riguardo a ciò che è considerabile un'espressione accettabile del genere maschile o femminile.

Quando queste regole non sono rispettate, i comportamenti assunti verranno percepiti come inappropriati e saranno violentemente stigmatizzati. Come tutti noi abbiamo appreso nel corso della nostra vita sociale, esistono regole precise riguardo a ciò che è considerato un'espressione accettabile del genere maschile o femminile.

Guai a chi non si uniforma o non rispetta queste regole!

Sei un maschietto? E allora non dovrai, né potrai mai indossare abiti rosa. Sei una femminuccia? Allora devi giocare con le bambole e non con il fucile, che è un gioco da maschio. Sappiamo però che quello che, all'interno del nostro contesto sociale, viene primariamente e rigidamente stigmatizzato è la femminizzazione del maschio. Quando,

davanti ai suoi amichetti, diciamo a un bambino: “non piangere, non fare la femminuccia” ... lo stiamo esponendo al rischio di essere insultato e preso in giro da chi assiste alla scena. Infine, l'ultima componente dell'identità sessuale è *l'orientamento sessuale*.

L'orientamento sessuale

Esso indica la direzione della sessualità e dell'affettività, a livello comportamentale o fantasmatico, verso persone dello stesso sesso (omosessualità), di sesso opposto (eterosessualità) o di ambo i sessi (bisessualità). Ma esistono anche persone pansessuali e persone asessuali.

IDENTITÀ DI GENERE E ORIENTAMENTO SESSUALE OGGI



Si tratta di un costrutto intrinsecamente relazionale che si costruisce come insieme di altre 3 sotto-caratteristiche: 1) esso riguarda le relazioni intime, sessuali e/o romantiche, che possono essere attualizzate tramite comportamenti o rimanere semplicemente un oggetto del desiderio; 2) il focus dell'orientamento sessuale è il sesso biologico del partner reale o potenziale; 3) esso riguarda pattern duraturi di esperienze e comportamenti tali per cui un singolo caso di desiderio o com-

portamento sessuale non può definire l'orientamento sessuale di una persona. Più semplicemente, l'orientamento sessuale può essere operationalizzato come insieme di tre caratteristiche, ovvero l'attrazione, il comportamento e l'identità. Le differenti componenti dell'identità sessuale possono, dunque, combinarsi tra loro in una miriade di modi mai prevedibili poiché influenzati dall'incontrollabile relazione tra fattori culturali e fattori legati alla natura.

Ciò che le persone transgender ci insegnano è proprio tale **imprevedibilità, l'impossibilità di immaginarsi lo sviluppo dell'identità sessuale dell'essere umano**. In una società, come quella occidentale, in cui la differenza produce angoscia, la persona transgender è percepita oggi più spesso come espressio-

ne di una pericolosa ‘trasgressione di confini’, e tale percezione blocca la possibilità di pensarla piuttosto in termini di “ricchezza”.

2) Il tuo impegno di studioso, ricercatore, docente sul tema dell’identità di genere ha prodotto frutti importanti, e oggi sei il presidente dell’Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG); ci puoi raccontare qualcosa di questo interessante e importante percorso?

Tutto è accaduto per caso. Più di venti anni fa, si presentò nel mio studio al Policlinico una persona di aspetto molto femminile, accompagnata dalla sua compagna. Era stata inviata dai colleghi dell’uro-andrologia, perché aveva avanzato la richiesta, come si diceva all’epoca, di “cambiare sesso”. Fino ad allora non mi

ero mai imbattuto nel mio lavoro clinico con una simile richiesta. Ricordo che ero rimasto molto colpito dal film di Almodóvar “Tutto su mia madre” e dall’autobiografia di Jan Morris intitolata “Conundrum” in cui la scrittrice inglese, che fino al 1972, anno in cui si era sottoposta a un intervento di Riaffermazione Chirurgica del Genere, aveva pubblicato vari romanzi sotto il nome di James, racconta la storia della sua vita descrivendo gli anni della transizione da uomo a donna, con tutti i dolori, le gioie, le frustrazioni, le scoperte, che avevano accompagnato il suo percorso. Di questa biografia ricordo ancora una frase che avrei poi ascoltato molto spesso nel mio lavoro clinico:

“Avevo tre o forse quattro anni quando mi resi conto che ero nata nel corpo sbagliato e che

avrei voluto essere una bambina. Ricordo quel momento molto bene ed è il più antico ricordo della mia vita”.

Sono una persona curiosa e mi resi conto che avrei dovuto cominciare ad approfondire le varie questioni connesse all'identità di genere. Furono molti i testi che consultai all'epoca, a partire dai classici (Rudolf Arndt, Wilhelm Griesinger, Jean-Étienne Dominique Esquirol, Carl Friedrich Otto Westphal, Havelock Hellis, Richard von Krafft-Ebing, Magnus Hirschfeld., David Caulwell, Harry Benjamin). Ma il testo che all'epoca mi colpì in modo particolare fu “Sex and Gender” di Robert Stoller, che non inquadrò il fenomeno in un'ottica patologizzante, ma evidenziò, in quella che all'epoca veniva descritto come transessualismo maschile, un'identità di genere femmi-

nile, in una persona assegnata alla nascita al genere maschile. Tale identità era da Stoller considerata irreversibile, e determinata da un particolare insieme di dinamiche familiari che non avrebbero consentito una adeguata *disidentificazione* del piccolo dalla madre, anche in ragione di un'assenza fisica ed emozionale del padre. Ne sarebbe derivata, diceva Stoller, nel bambino, un nucleo dell'identità di genere femminile in assenza di conflitto.

Molte altre furono le letture che feci insieme al mio gruppo di lavoro, composto all'epoca da Mario Bottone, Riccardo Galiani e Roberto Vitelli che discutemmo con colleghi della Società Italiana di Psicoanalisi tra cui ricordo con piacere Massimo Tomassini, Giovanna Marino, Anna Patrizia Caputo e Anna Maria Galdo.

Molti giovani “soffrono” o “possono soffrire” per la disforia di genere, ma se ciò accade è una conseguenza della risposta del contesto sociale circostante e non della condizione in sé. Il percorso ad esso relativo può variare a seconda delle persone, dei contesti e dell’età.

Anche a partire dall’esperienza di quel gruppo di lavoro teorico, si costituì allora un gruppo di consulenza clinica e di ricerca sulla problematica del “cambiamento di sesso” e del transessualismo.

Si tratta di un’esperienza cominciata nel gennaio 1997 che è tuttora in corso. Il gruppo di lavoro che si è costituito intorno a questa attività, del quale fanno attualmente parte come figure stabili Roberto Vitelli, Ales-

sandro Chiodi, Cristiano Scandurra, non è rimasto costante nel tempo, ma al suo interno si sono susseguiti vari operatori, tutti accumulati dal prevalente riferimento al modello psicomodinamico e dall'interesse per la tematica trans. Sino ad oggi, al Servizio di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II si sono rivolti circa *mille persone transgender*.

Se nei primi anni della nostra esperienza clinica la maggior parte delle persone che giungevano alla nostra attenzione chiedevano una relazione clinica per poter accedere agli interventi medico-chirurgici, oggi, nella gran parte dei casi la domanda di una consulenza psicologica porta con sé l'attesa, da parte degli utenti, di un parere che, dal punto di vista medico legale, consenta loro l'autoriz-

zazione alla rettifica anagrafica del sesso. Nel corso degli ultimi anni anche “l’utenza” è cambiata: mentre nella fase iniziale del nostro lavoro ad avanzare tale richiesta erano soprattutto soggetti assegnati alla nascita al genere maschile, progressivamente sono nettamente aumentate le persone assegnate alla nascita al genere femminile. Molte richieste giungono oggi anche da parte di soggetti minorenni, ma di quest’ultima particolare utenza potremmo parlarne dopo.

Il modulo di lavoro adottato è stato, nel corso di questi anni, oggetto di numerosi adattamenti in ragione delle difficoltà incontrate nel confronto con persone che, come prima riferito, non portano per lo più una spontanea domanda di aiuto psicologico, di interrogazione della propria vicenda, senten-

IDENTITÀ DI GENERE E ORIENTAMENTO SESSUALE OGGI

dosi piuttosto “costrette” a far riferimento al Servizio di Psicologia per ottenere un attestato che consenta loro di cominciare una terapia ormonale, di ottenere dal Tribunale la modifica dei dati anagrafici e/o, eventualmente, l'autorizzazione all'intervento chirurgico confermativo del genere. Qual è, allora, il senso che accordiamo oggi al nostro lavoro? Si tratta di una questione che, nella sua apparente insolubilità testimonia del carattere sostanzialmente dialettico, processuale e dinamico della nostra esperienza.



Di fatto, l'orientamento attuale consiste nel proporre, alle persone che accedono al Servizio, dei colloqui il cui numero varia in base alle questioni poste dal singolo caso.

L'intervento clinico è principalmente finalizzato a realizzare un lavoro di *assessment*, che non ha solo finalità diagnostiche - ovvero sia la finalità di produrre la documentazione clinica che il soggetto dovrà presentare al Tribunale come accompagnamento alla domanda da egli/ella avanzata di autorizzazione agli interventi chirurgici o di autorizzazione del cambiamento sui documenti di identità del nome e del sesso assegnato alla nascita - ma anche la finalità di offrire uno spazio di ascolto nell'ambito del quale alla persona è offerta l'opportunità di esplorare la sua storia di vita, di ripercorre-

re le eventuali difficoltà esistenziali attuali o passate; e all'operatore di monitorare gli assetti difensivi eventualmente emersi nel corso del colloquio. Se si vuole, anzi, la funzione principale del nostro intervento clinico breve **è quella di consentire alla persona interessata di fare una prima esperienza di quel percorso di accompagnamento che, nel caso ne emerga la necessità e/o il desiderio, potrà eventualmente proseguire.** Alla fine del ciclo di colloqui iniziali, infatti, alla persona, laddove se ne ravvisino le condizioni, viene offerta la possibilità di un lavoro più approfondito.

Alla fine di ogni colloquio, l'operatore incaricato stila un protocollo, che viene discusso settimanalmente dall'équipe. Come la nostra esperienza in altri campi ci ha segnalato, parte inte-

grante del lavoro clinico è rappresentata, infatti, dall'attività di supervisione e discussione collegiale dei casi, che consente di affrontare i vari problemi sollevati dai singoli utenti. Obiettivo degli incontri **è quello di aiutare gli operatori**, offrendo loro uno spazio nel quale poter condividere con gli altri le difficoltà incontrate e individuare eventuali interferenze controtransferali, così da evitare che possa essere compromesso il lavoro in corso.

La discussione settimanale dei colloqui consente al gruppo di individuare, di volta in volta, sia le risposte più adeguate da offrire all'utente, sia di sostenere il difficile lavoro dell'operatore impegnato in questi colloqui. Con l'ampliamento e la progressiva diversificazione dell'utenza che giungeva alla nostra attenzione, d'altra parte, mi sono reso con-

to dei diversificati bisogni della popolazione che faceva riferimento al nostro Servizio e della necessità di allargare anche al livello nazionale iniziative finalizzate a promuovere il benessere psicofisico delle persone transgender. Dall'incontro con Anna Ravenna, che lavorava all'ospedale San Camillo di Roma, con Marcella di Folco attivista trans e presidentessa dell'Associazione Movimento Identità Transessuale -MIT, con Daniela Nadalin, che svolgeva la sua attività di psicoterapeuta presso il MIT di Bologna, con Daniela Massara e con Adriana Godano che lavoravano all'ospedale Mauriziano di Torino e con altri esperti del settore, venne la proposta di fondare nel 1998 "L'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere" (ONIG) che, come prevede il suo statuto:

“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 al livello scientifico e sociale e promuovere aperture culturali verso la libertà di espressione delle persone transgender in tutti i loro aspetti e nell’ottica della promozione della loro salute”.

Ad esso possono aderire tutte le figure professionali e i rappresentanti di associazioni a vario titolo impegnati a promuovere la salute e i diritti delle persone transgender.

3) Ci sono molti giovani che soffrono precocemente di disforia di genere? È un malessere che si può prevenire (con modalità specifiche)? E qual è il

percorso che giovani e giovanissimi possono intraprendere con l'aiuto degli esperti? C'è soltanto il cambiare il proprio sesso fisicamente?

È vero che molti giovani “soffrono” o “possono soffrire” per la disforia di genere, ma se ciò accade è una conseguenza della risposta del contesto sociale circostante e non della condizione in sé. Il fenomeno, e quindi il percorso ad esso relativo, può variare a seconda delle persone, dei contesti e dell'età.

Sappiamo che i bambini già a tre anni sono in grado di fare distinzione tra chi sono i maschietti e chi sono le femminucce, di dichiarare qual è il genere a cui sentono di appartenere e sanno molto bene quali sono le espressioni di genere che la società si aspetta che loro assuma-

no. Sappiamo anche che, quando un bambino o una bambina mostrano interessi, comportamenti ed espressioni di genere non conformi, questo allarma i genitori che, preoccupati **si rivolgono di solito a un esperto dell'area psicologica per comprendere cosa stia accadendo e quali comportamenti è necessario assumere per evitare che ciò si ripeta.**

Gli interrogativi che vengono posti agli psicologi sono quasi sempre gli stessi.

“Come mai Giovanni vuole giocare con le bambole?” o “Perché Carla rifiuta di indossare abiti femminili?” o “Come rispondere ad Antonio che afferma di essere una bambina e non un bambino?” o “Quali atteggiamenti assumere nei confronti di questi comportamenti quando si manifestano a casa o a scuola?”. La

reazione da parte dei genitori e del contesto può procurare molta sofferenza soprattutto se è coinvolto un bambino assegnato alla nascita al genere maschile. Come prima accennato - viviamo, infatti, in un mondo nel quale il vero tabù è la femminilizzazione del maschio. Nella cultura predominante, che è improntata su valori patriarcali, genderisti, sessisti ed eteronormativi, viene molto più stigmatizzato un bambino che assume atteggiamenti femminili che una bambina che fa giochi stereotipicamente assegnati al genere maschile.

Nella nostra società le norme sull'espressione di genere vanno rispettate in maniera molto rigida e qualunque deviazione da esse provoca a casa rimproveri e a scuola violenza e comportamenti omo/transfobici.

Nella cultura predominante, viene molto più stigmatizzato un bambino che assume atteggiamenti femminili che una bambina che fa giochi stereotipicamente assegnati al genere maschile.

Il problema, quindi, non è tanto come “prevenire il fenomeno” o come “curarlo”, bensì come **aiutare tutti gli attori coinvolti: la famiglia, la scuola, la società e i giovani o i giovanissimi a comprendere e a meglio gestire i comportamenti di incongruenza di genere manifestati dai secondi.** La questione, in altre parole, è come affrontare quelle situazioni in cui, ad esempio, bambini assegnati alla nascita al genere maschile assumono comportamenti di genere atipici, chiedono di indossare abiti femminili, desiderano

di farsi crescere i capelli, mettere lo smalto alle unghie o essere appellati al femminile. Nella gran parte dei casi, i genitori, a fronte di tali comportamenti, provano ad indurre o addirittura obbligano il bambino/a ad assumere comportamenti considerati “normali”.

Purtroppo, è proprio tale atteggiamento che rischia di provocare un grave disagio nel bambino/a o nel ragazzo/a; talvolta persino una serie di conseguenze anche gravi sul piano psicopatologico, in ragione di quella complessa situazione che in letteratura oggi è indicata come “minority stress”. Non è semplice aiutare i genitori, gli insegnanti e molto spesso anche gli stessi psicologi a comprendere che la così detta varianza di genere è semplicemente una manifestazione della diversità di genere e

che i comportamenti di genere non conformi o atipici nei bambini e negli adolescenti non sono anormali ma solo atipici rispetto a quelli assunti dalla maggior parte della popolazione; ed è altrettanto difficile aiutare l'ambiente familiare e/o sociale, ad esempio quello scolastico, a creare un contesto in cui il bambino o la bambina possano non sentirsi stigmatizzati/e o obbligati/e ad assumere comportamenti di genere normativi nel timore di non essere accettati/e.

Senza ombra di dubbio, lentamente, le cose stanno cambiando e si sta gradatamente diffondendo nel mondo occidentale la consapevolezza che esistono molte possibilità attraverso cui le persone possono esprimere se stesse, e che le diverse espressioni di genere fanno parte della nostra intrinseca va-

riabilità di essere umani. Ciò implica e presuppone, come per altro è ben espresso da Nancy Chodorow nel suo interessante libro “Femminities, Masculinities, Sexualities: Freud and Beyond” che non esiste un solo modo, giusto o sbagliato che sia, di essere uomo o donna. Quando parliamo di questioni connesse all’orientamento sessuale e all’identità di genere, dobbiamo immaginare di poter collocare ogni persona su un continuum, con *tutte le sfumature di colori che può avere l’arcobaleno.*

Come è stato dimostrato per le varie forme attraverso cui si può manifestare l’omosessualità, anche nel caso delle varianze di genere, tutti gli approcci terapeutici che si prefiggono l’obiettivo di cambiare l’identità o l’espressione di genere di una persona sono risultati fallimen-

tari, o peggio dannosi, per la salute psicofisica della persona coinvolta. Le varianze o le diversità di genere, quindi, non vanno considerate un disturbo psichiatrico che va curato con un'ideale terapia. D'altra parte, ciò è confermato da quanto dichiarato a tal proposito dal consiglio direttivo della World Professional Association for Transgender Health - WPAT che afferma:

“l'espressione di caratteristiche di genere, incluse le identità che non siano stereotipicamente associate con il genere assegnato alla nascita, sono un fenomeno comune, che varia da cultura a cultura, e che non dovrebbe essere giudicato intrinsecamente patologico o negativo”.

Tutto questo, visto che anche tu vivi a Napoli, non può non far-

ti venire in mente i “femminielli” napoletani o, se pensiamo ad altre culture, le Hijras dell’India, le Muxes del Messico, le Kathoey o Ladyboys della Thailandia, le Fa’afafine di Samoa o le Burrnesh, dette anche Vergini Giurate, donne che vivono come uomini e che sono considerate come tali dalla società, nei paesi balcanici, in genere in Albania o nel Kosovo.

Bisogna, però, anche tener conto che sino ad oggi non sono ancora chiari i meccanismi che portano un bambino o un adolescente a non riconoscersi nel genere assegnato alla nascita, e che comportamenti di genere atipici nell’infanzia non sono necessariamente indicatori di un’identità transgender in età adulta. Solo una minoranza dei bambini (dal 6% al 23%) che nell’infanzia manifestano com-

portamenti atipici o di genere non conforme, continuano ad identificarsi come transgender durante l'adolescenza. Tutto questo, anche se in percentuali diverse dal 12% al 17%, può riguardare anche le bambine.

4) Quanto fin qui detto pone nuovi interrogativi. La diversità di genere non può essere più considerata una malattia mentale. Perché il DSM5 - anche se non parla più di “Disturbo dell'Identità di Genere” - continua ad inserire la Disforia di Genere in una specifica sezione del manuale?

La questione è abbastanza complessa e rimando le persone interessate ad approfondirla su alcuni lavori, sia miei che di alcuni dei miei collaboratori, ad esempio Roberto Vitelli, scritti sul tema. Suggesto, anche, alle

persone interessate, di consultare il DSM 5 per quel che concerne i criteri diagnostici della Disforia di Genere o a visitare la pagina web della Organizzazione Mondiale della Sanità che al riguardo ha assunto di recente tutt'altra posizione, spostando la condizione denominata "Incongruenza di Genere" dal capitolo dei Disturbi Mentali. Ugualmente, utili sono gli Standard of Care del WPATH e le Linee Guida pubblicate sul sito dell'ONIG relative a adulti e minori.

Tornando invece alla tua domanda sul percorso psicologico che giovani e giovanissimi possono intraprendere per evitare di sviluppare condizioni di disagio psicologico più o meno marcate, va riconosciuto che negli ultimi tempi gli approcci terapeutici per soggetti in età evolutiva minorenni transgender e

gender non conforming sono cambiati in modo abbastanza radicale. Sempre più si vanno sviluppando approcci terapeutici affermativi, in base ai quali si tende a suggerire ai genitori e agli psicologi di non correggere o punire, né tantomeno di incoraggiare in modo acritico l'espressione atipica di genere da lui/lei presentata, ma di aiutare il bambino/a o l'adolescente promuovendo la sua autostima, lenendo il senso di vergogna eventualmente sperimentato e accompagnandolo/la nelle varie fasi della vita che si trova ad attraversare. In poche parole, si tratta di aiutarlo/la a trovare

Il problema, quindi, non è tanto come “prevenire il fenomeno” o come “curarlo”, bensì come aiutare tutti gli attori coinvolti.

le soluzioni che di volta in volta saranno più idonee per una crescita serena.

Comunque, come prima affermato, non sappiamo se **“si nasce”** o **“si diventa”** transgender o cisgender e non sappiamo neanche in base a quali criteri quei bambini gender variant, denominati ‘persisters’, continueranno a identificarsi come transgender una volta diventati adulti o, al contrario, quali saranno quei bambini-denominati “desisters” – che una volta concluso lo sviluppo puberale, richiederanno di essere identificati nel genere che è stato loro assegnato alla nascita, sviluppando di solito un orientamento omosessuale. Vista tale incertezza, al momento possiamo considerare ameno tre approcci nella presa in carico di bambini *gender non conforming*.

Il primo approccio, in considerazione del fatto che la maggioranza dei bambini richiederanno nel loro percorso evolutivo di essere **riconosciuti** nel genere assegnato alla nascita, suggerisce di correggere il comportamento atipico dei bambini indirizzandoli verso un'espressione di genere congrua con il genere assegnato alla nascita, dunque più normativa. Ciò con il rischio, però, di provocare un grave disagio emotivo nel bambino. Come è facile comprendere tale posizione è aspramente criticata dalle associazioni delle persone trans*, che equiparano tale approccio alle terapie riparative dell'omosessualità, le cui conseguenze dannose sono ampiamente descritte dalla letteratura scientifica.

Un altro approccio è quello sviluppato in Olanda, che potrem-

mo definire “**siediti e osserva**”. Secondo questo approccio il bambino non viene né incoraggiato né scoraggiato ad assumere comportamenti gender non conforming, tentando di creare contesti nei quali il bambino possa assumere comportamenti in sintonia con il genere percepito. Ciò al fine di prendere tempo e osservare l’evoluzione dell’identità di genere, senza incoraggiarlo verso una rapida transizione sociale. Secondo questo approccio, che è quello che viene suggerito dalle Linee Guida dell’ONIG e che noi stessi applichiamo a Napoli, è utile creare uno spazio nel quale il bambino possa esplorare ed esprimere liberamente la propria identità di genere secondo modalità diverse, senza sentirsi criticato e spinto ad assumere comportamenti normativi.

IDENTITÀ DI GENERE E ORIENTAMENTO SESSUALE OGGI

Naturalmente se il bambino esprime in modo chiaro e diretto un'identità di genere diversa dal genere assegnato alla nascita e vi sono seri rischi per la sua salute mentale, è bene sostenere pienamente la richiesta del bambino di essere riconosciuto come appartenente al genere percepito.

Questa è la terza opzione che anche in Italia, in alcuni casi estremamente selezionati, nel recente passato si è adottata con la prescrizione di bloccanti ipotalamici.



5) Cosa possiamo dire in sintesi a genitori, educatori, psicologi e psicoterapeuti?

Da quanto abbiamo sin qui detto, possiamo comprendere quanto possa essere difficile per tutti noi, genitori, educatori, psicologi, psicoterapeuti sfuggire agli stereotipi di genere e ai pregiudizi ad essi connessi; e quanto possa essere **necessario promuovere una cultura tesa a scardinare alcuni principi del nostro ordinamento societario** che è ancora basato su identità binarie e su costrutti patriarcali, sessisti, eteronormativi e genderisti.

Tali *frames o preference*, come dicono gli anglosassoni, organizzano la nostra esperienza in maniera tacita, implicita suddividendo gli individui in due sole categorie, in due sessi, maschio e femmina. Sulla base di tali prin-

cipi ne discende un'organizzazione di mondo secondo la quale è meglio essere nati maschi invece che femmina, e che tutto ciò che non si configura come eterosessuale o che non vede una corrispondenza tra il sesso/genere stabilito alla nascita e quello percepito dal soggetto va considerato contro natura.

Un contesto sociale che accetta e valorizza le diversità delle varie complesse forme che si possono configurare, in base al genere, all'etnia, all'età, alle abilità, all'orientamento sessuale o alle credenze religiose, e che considera la libera espressione di sé un diritto di tutte le persone, non può che indurre benessere e prevenire le nefaste conseguenze sul piano somatico e psicologico di quello che definiamo come minority stress: il disagio e lo stress legato all'ap-

partenenza a una qualunque minoranza. Purtroppo, gli stereotipi di genere sono stati dominanti nella società del secolo scorso. Oggi sono stati in parte scardinati dalle rivendicazioni prodotte da soggetti diversi, ad esempio dalle donne che hanno a lungo lottato per affermare il diritto alle pari opportunità, a partire da quelle del voto e di accesso alle professioni - forse nessuno ricorda che nel nostro Paese fino alla metà degli anni '60 le donne non potevano accedere alla Magistratura perché non considerate abbastanza emotivamente equilibrate.

Eppure, in parte tali stereotipi continuano ad essere rinforzati, basti pensare all'immaginario favolistico (Biancaneve e i sette nani, Cenerentola, Cappuccetto Rosso) che implicitamente sostiene e valorizza specifici

elementi valoriali, culturali e sociali. Per concludere, tra le varie iniziative che vorrei segnalare vi sono le “Linee-Guida per la pratica psicologica con persone trans gender e gender nonconforming - TGNC” dell’American Psychological Association, recepite dall’ONIG e dall’Ordine degli Psicologi della Campania e pubblicate sui loro siti. Queste linee-guida hanno l’obiettivo di accompagnare gli psicologi nell’offerta di una pratica clinica rivolta alle persone TGNC culturalmente competente, appropriata e di tipo affermativo.

Si tratta di una pratica clinica fondata su un’offerta di cura rispettosa, consapevole e supportiva delle identità e delle esperienze di vita delle persone TGNC. La guida può essere un’ottima risorsa per gli psicologi e gli psicoterapeuti che in-

contrano utenti TGNC nella loro professione. Molto utile *il glossario*, che potrà aiutare le persone che hanno scarsa dimestichezza con il lessico relativo all'identità di genere e a questa popolazione.

Tra le 16 linee-guida delineate citerò solo la prima che afferma:

“Lo psicologo comprende che il genere è un costrutto non binario che ammette un’ampia gamma di possibilità delle identità e che l’identità di genere di una persona può essere o meno congruente con il sesso assegnato alla nascita”.

Ancora grazie e auguri per la continuazione di un impegno così importante.