



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Transizione alla genitorialità nelle coppie omosessuali: dinamiche
intrapsichiche, fattori di rischio e di resilienza**

**Transition to parenthood in same-sex couples: intrapsychic dynamics, risk
and resilience factors**

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: Silvia Scattolin

Matricola: 2074589

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1.....	4
TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ NELLE COPPIE OMOSESSUALI... 4	4
1.1 Caratteristiche della transizione alla genitorialità	4
1.2 Desiderio di genitorialità e progettualità nelle coppie omosessuali.....	6
1.3 Percorsi e tecniche per accedere all'omogenitorialità	9
CAPITOLO 2.....	12
FATTORI DI RISCHIO E DI RESILIENZA NELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ.....	12
2.1 Fattori di rischio individuali e di coppia	12
2.2 Fattori di rischio contestuali.....	15
2.3 Fattori di resilienza e strategie di coping.....	17
CAPITOLO 3.....	20
COLLOQUIO CLINICO E INTERVENTI A SUPPORTO DELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ.....	20
3.1 Colloquio clinico nella transizione alla genitorialità.....	20
3.2 Interventi nella transizione alla genitorialità	23
CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	28
SITOGRAFIA.....	30

INTRODUZIONE

Diventare genitori è una delle tappe più significative e complesse della vita di un individuo. Questo processo è caratterizzato da una serie di cambiamenti a vari livelli, tra cui biologico, psicologico e sociale, che comportano una riorganizzazione delle dinamiche interne ed esterne all'individuo e alla coppia, tali da permettere l'acquisizione del ruolo genitoriale e la creazione di uno spazio fisico e mentale in grado di accogliere il figlio (Simonelli, 2014; Middleton, 2025).

Negli ultimi decenni è emersa una sempre maggiore considerazione per le famiglie omogenitoriali e, di conseguenza, per le peculiarità del percorso di transizione alla genitorialità che una coppia omosessuale si trova ad affrontare nel momento in cui emerge il desiderio di diventare genitori (Carone, 2021).

L'obiettivo del presente elaborato è quello di analizzare le caratteristiche del processo di transizione alla genitorialità, i fattori di rischio che possono minare l'equilibrio e il benessere della coppia e i fattori di resilienza che invece possono favorirli. Inoltre, verranno approfondite le caratteristiche del colloquio clinico e dei principali interventi per supportare la transizione alla genitorialità, con un focus particolare sulle coppie omosessuali.

Il primo capitolo si concentra inizialmente sull'analisi dei cambiamenti biologici, intrapersonali ed interpersonali che si verificano durante la transizione alla genitorialità, focalizzandosi poi sull'analisi del desiderio di genitorialità delle coppie omosessuali e delle principali sfide che devono affrontare. Infine, verranno presentati i principali percorsi e le tecniche più diffuse che le coppie omosessuali possono utilizzare per accedere alla genitorialità.

Il secondo capitolo analizza i fattori di rischio, individuali e contestuali, e i fattori di resilienza, generici e specifici per le coppie omosessuali. Per i fattori di rischio individuali sono stati analizzati le difficoltà legate all'assunzione del ruolo di genitore e nell'integrare la rappresentazione del bambino immaginato con quella del bambino reale, l'assenza di supporto percepito dal partner e dalla famiglia di origine, l'omofobia interiorizzata e la condizione di *multiminority stress*. Per quanto riguarda i fattori di rischio contestuali il focus è stato sulla mancanza di tutele e riconoscimenti da parte delle leggi italiane delle famiglie omogenitoriali, in particolare del genitore non biologico, e sulle discriminazioni e aggressioni che queste famiglie si trovano a dover

affrontare quotidianamente. Infine, sono stati analizzati i fattori di resilienza, come il supporto ricevuto dalla famiglia di origine, dagli amici e dalla rete di relazioni con altre famiglie omogenitoriali, che aiutano la coppia ad affrontare al meglio questa fase e a ridurre l'impatto dei fattori di rischio.

Nel terzo capitolo verranno analizzati il colloquio clinico e i principali interventi utilizzati con le coppie che stanno affrontando la transizione alla genitorialità, per sostenerle durante questa fase e cercare di minimizzare l'impatto delle difficoltà sul benessere individuale e familiare. Verranno descritte, inoltre, le principali associazioni che sul territorio italiano si occupano di famiglie omogenitoriali.

CAPITOLO 1

TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ NELLE COPPIE OMOSESSUALI

1.1 Caratteristiche della transizione alla genitorialità

Diventare genitori si caratterizza come una delle tappe più significative nella vita di un individuo e come un “momento di crisi evolutiva” (Carone, 2021) perché comporta tutta una serie di cambiamenti a livello biologico, psicologico e sociale (Middleton, 2025). Da parte di entrambi i membri della coppia viene messo in atto un processo riorganizzativo delle dinamiche interne ed esterne che permette di assumere il nuovo ruolo genitoriale e di creare uno spazio fisico e mentale che accolga il terzo (Simonelli, 2014), una rinegoziazione dei patti coniugali e dei ruoli familiari e sociali, una rielaborazione dei modelli relazionali interiorizzati nel corso dello sviluppo e il passaggio intergenerazionale da figli a genitori (Carone, 2021). Questo processo coinvolge le rappresentazioni di sé, degli oggetti primari, del o della partner e della coppia. “Ciascun individuo tende a vivere il momento della transizione alla genitorialità come un evento unico connesso sia alle caratteristiche di personalità dei partner sia al retroscena culturale e sociale” (Simonelli, 2014).

Dal punto di vista psicologico, il passaggio alla genitorialità e la rappresentazione di sé come genitore costituiscono un cambiamento identitario e comportano una ristrutturazione della propria vita interiore (cognitiva ed emotiva) e del senso di sé. Si verificano delle regressioni alle prime fasi dell’infanzia e vengono riattivati “sistemi relazionali già sperimentati e antichi sentimenti verso la madre, il padre, la coppia di genitori e sé stessi” (Simonelli, 2014). Daniel Stern (1995) descrive i cambiamenti psicologici che si verificano nella madre con la gravidanza e la nascita di un figlio, in particolare il primo, che prendono il nome di costellazione materna. Si tratta di un

organizzatore psichico che determinerà una nuova serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri. Essa inoltre costringe i clinici a adottare un diverso indirizzo terapeutico, con diverso tipo di alleanza terapeutica. Questa nuova organizzazione è molto variabile, mesi o anni. Ma durante questo periodo, diventa la linea organizzativa dominante per la vita psichica della madre e mette in secondo piano le precedenti organizzazioni nucleari, o complessi, che hanno svolto un ruolo centrale.

Si tratta di una condizione benignamente psicologica che permane per il primo anno di vita del bambino e porta ad un cambiamento nei temi dominanti la vita psichica della madre, negli interessi e nelle preoccupazioni, e ad una riattivazione di rappresentazioni

arcaiche e temi irrisolti che avranno “un impatto sulla qualità dell’interazione e della futura relazione con il bambino” (Simonelli, 2014). Si basa su quattro tematiche:

- vita-crescita: la madre si chiede se sarà in grado di garantire la vita e la crescita del bambino;
- relazionalità primaria: la madre si chiede se sarà in grado di impegnarsi emotivamente con il bambino garantendo il suo sviluppo;
- matrice di supporto: la madre si chiede se potrà contare sull’aiuto di altri significativi;
- riorganizzazione dell’identità: la madre si chiede se sarà in grado di modificare la sua identità per adempiere a queste funzioni (Tambelli, 2017).

La nuova triade psichica, evidenziata da Stern (1995) e dalle ricerche e osservazioni cliniche degli esponenti dell’Infant Research, costituita da madre della madre (donna come bambina), donna come madre e madre con il suo bambino, diventa l’asse organizzativo dominante (Stern, 1995; Tambelli, 2017).

Nei padri, al pari delle madri, la transizione alla genitorialità si connota come un periodo di profonda ristrutturazione psicologica e di rielaborazione della propria storia e dell’immagine di sé, tuttavia i processi psichici non sono accompagnati da cambiamenti fisici visibili e la mancanza di un contatto diretto con il futuro figlio, che avviene invece nella donna durante la gravidanza, rende la transizione alla paternità un processo desincronizzato e più lento rispetto alla maternità, che può avviarsi anche dopo diverse settimane dalla nascita del bambino e tende a crescere insieme ad esso (Simonelli, 2014).

Durante la transizione alla genitorialità si verificano cambiamenti anche a livello interpersonale. Sul versante dei rapporti sociali, i partner, in particolar modo le donne, tendono a sperimentare un allontanamento dal luogo di lavoro e un ritiro sociale, dovuti all’assestamento della routine sui ritmi e sui bisogni del bambino (Simonelli, 2014). Sul piano intergenerazionale si verifica un “riassestamento delle relazioni con il proprio ambiente di riferimento” che permette di differenziarsi dalla famiglia d’origine. Si modificano i ruoli e le relazioni tra le generazioni per consentire di elaborare la propria posizione di figlio e acquisire un’idea di sé come genitore (*ibidem*).

A livello biologico si possono osservare dei cambiamenti ormonali e cerebrali a livello sia strutturale che funzionale. Recenti ricerche, mostrano come le madri

primipare, da prima del concepimento alle prime settimane postpartum, manifestino una riduzione nel volume della materia grigia in alcune aree del cervello, tra cui la corteccia frontale mediale, la corteccia cingolata anteriore e posteriore, la corteccia prefrontale e la corteccia temporale, e, nei mesi successivi alla nascita del figlio, un aumento del volume della materia grigia nelle aree corticali prefrontale, temporale e parietale e sottocorticali, come l'area tegmentale ventrale e la sostanza nera (Hoekzema, 2017; Pawluski, 2024). Le aree cerebrali interessate da questi cambiamenti sono coinvolte nei compiti di cognizione sociale e di teoria della mente, nella motivazione parentale, nell'elaborazione delle informazioni somatosensoriali, nella regolazione emotiva e nella modulazione del comportamento. Secondo gli autori, potrebbero essere potenzialmente critiche per lo sviluppo della relazione con il bambino e dei comportamenti di cura perché contribuiscono ad orientare le prime interazioni diadiche tra il caregiver e il bambino e a selezionare il comportamento di cura adeguato per rispondere al bisogno del bambino (Hoekzema, 2017, 2022; Pawluski, 2024). Il fenomeno della plasticità cerebrale è stato osservato anche nei padri; analogamente alle madri, i padri manifestano una diminuzione nel volume della materia grigia nelle strutture corticali legate ad attenzione, empatia ed elaborazione visiva durante la gravidanza e nelle prime settimane dopo la nascita del figlio, e nei mesi successivi un aumento del volume della materia grigia nelle aree associate alla ricompensa, alla teoria della mente e alla creazione di legami (Pawluski, 2024). Questi cambiamenti strutturali potrebbero essere in parte dovuti a cambiamenti ormonali (*ibidem*), infatti, durante il processo di transizione alla genitorialità entrambi i genitori affrontano cambiamenti nei livelli di ossitocina, prolattina, testosterone e cortisolo che promuovono gli atteggiamenti di cura verso il bambino (Daneshnia, 2024).

1.2 Desiderio di genitorialità e progettualità nelle coppie omosessuali

La transizione alla genitorialità, nella maggior parte dei casi, si fonda su una “scelta autonoma e consapevole da parte dei partner” (Simonelli, 2014), che avviene a seguito dell'espressione e della condivisione di un desiderio di genitorialità. Quando si parla di desiderio di genitorialità e di “coscienza procreativa, ossia la consapevolezza di poter generare una vita umana” (Marsiglio, 2002), bisogna distinguere fra tre aspetti: il valore della genitorialità – la rappresentazione che si ha della genitorialità –, il desiderio di

genitorialità – la capacità di rappresentarsi nel ruolo di genitore – e l'intenzione di diventare genitore – integrare le rappresentazioni della genitorialità e di sé come genitore nel proprio progetto di vita (Ferrari, 2015; Carone, 2021).

Nelle coppie omosessuali la transizione alla genitorialità costituisce un momento di crisi, individuale e di coppia, non solo per i cambiamenti tipici di questa fase di vita descritti in precedenza, ma anche perché si trovano ad affrontare “sfide aggiuntive e inedite rispetto alle persone eterosessuali”, tra cui l'idea di non poter avere figli in quanto omosessuali (Carone, 2021). Lo sviluppo della coscienza procreativa nelle persone omosessuali si intreccia con lo sviluppo dell'identità omosessuale, il processo di coming out e il periodo storico nel quale vivono (*ibidem*). Carone (2021) riporta due studi sul desiderio e l'intenzione di genitorialità nelle coppie omosessuali: nel primo studio di Baiocco e Laghi (2013a) emerge una maggiore discrepanza tra desiderio e intenzione di genitorialità negli uomini gay rispetto alle donne lesbiche; gli autori interpretano tale discrepanza come conseguente, probabilmente, a stereotipi sessisti e alla diversa accessibilità ai percorsi di genitorialità. Nel secondo studio di Scandurra, Bacchini, Esposito e collaboratori (2019) emerge che un minore desiderio e una minore intenzione di genitorialità nelle donne lesbiche “si associavano all'aver vissuto esperienze di discriminazione, a una maggiore omofobia interiorizzata e a una minore condivisione del proprio orientamento omosessuale con la propria rete familiare, sociale e professionale”, mentre per gli uomini gay erano legati alle “aspettative di essere rifiutati e discriminati per il proprio orientamento omosessuale”. Le resistenze sociali e l'ideologia omofobica, che vedono le relazioni eterosessuali come unico garante dello sviluppo sano dei figli, e quindi come incompatibili omosessualità e genitorialità, costituiscono dei pregiudizi che, se interiorizzati, segnano un rallentamento o un ostacolo nel processo di transizione alla genitorialità delle persone omosessuali (Carone, 2021). Ulteriori fattori che ostacolano questo percorso possono derivare dalla famiglia d'origine, che può negare aiuti pratici ed economici alla cura del bambino, dalle istituzioni, che non riconoscono le famiglie omogenitoriali e forniscono un minore supporto, e dalla stessa comunità LGBTQIA+ che può interpretare il desiderio di genitorialità come un modo per conformarsi al modello eteronormativo (Baiocco e Laghi, 2013a).

Nel percorso che porta la coppia omosessuale ad un'intenzione comune di avere figli, è possibile identificare una fase di esplorazione e negoziazione in cui vengono affrontate diverse dimensioni: a livello rappresentazionale, viene valutata la genitorialità e la sua compatibilità con l'omosessualità; a livello identitario, la valutazione riguarda la compatibilità tra la propria storia, la situazione relazionale e lavorativa, le proprie aspettative e i progetti individuali e di coppia con il desiderio di avere figli; a livello progettuale, viene valutata la fattibilità del progetto di genitorialità, i diversi percorsi possibili, gli sviluppi e le conseguenze a breve e lungo termine (Ferrari, 2015; Carone, 2021).

Un aspetto fondamentale che le coppie omosessuali devono prendere in considerazione quando decidono di avere un figlio è il momento della presa di decisione di chi sarà il genitore biologico. Nelle coppie di madri lesbiche che ricorrono a donazione di seme, gli elementi che concorrono alla presa di decisione di chi debba essere la madre biologica riguardano sia fattori individuali e di coppia, come il desiderio personale di una delle partner di sperimentare la gravidanza e il parto, la maggiore fertilità, le condizioni di salute, l'età e la carriera lavorativa, che fattori di natura sociale e contestuale, come la stabilità economica, la possibilità di accedere a sussidi di maternità e ad agevolazioni e il supporto della famiglia d'origine (Carone, 2021). I padri gay che decidono di concepire tramite Gestazione Per Altri (GPA) possono adottare diverse strategie per stabilire chi debba essere il padre genetico: la coppia può decidere che sia solo uno dei due a dare il seme, facendo a turno nel caso di una seconda gravidanza, e la decisione viene presa in base all'età, alla possibilità di ottenere il congedo parentale e alla carriera lavorativa. Nel caso in cui entrambi i partner abbiano un desiderio di paternità genetica, possono scegliere di mescolare il seme e affidare al caso la scelta di chi sarà il padre genetico o di fecondare due ovuli per una gravidanza gemellare (*ibidem*).

Nei capitoli successivi vedremo come i temi esposti in questo paragrafo siano di fondamentale importanza perché possono costituire dei fattori di rischio per la funzione genitoriale e la costruzione di una relazione con la figlia o il figlio. È importante, quindi, che vengano indagati nel corso di un colloquio psicologico specifico per la funzione genitoriale.

1.3 Percorsi e tecniche per accedere all'omogenitorialità

Esistono vari percorsi che coppie di madri lesbiche e di padri gay possono intraprendere per diventare genitori. In Italia, però, queste possibilità sono illegali e molto costose, oltre a non essere socialmente accettate, costringendo le coppie a viaggiare all'estero (Baiocco e Laghi, 2013a).

Un primo percorso che può essere intrapreso dalle famiglie omogenitoriali di prima costituzione, in cui “il progetto di genitorialità nasce e si sviluppa all'interno della coppia omosessuale”, è quello della genitorialità adottiva (Carone, 2021). In Italia la legge del 4 maggio 1983, n.184, “prevede che la dichiarazione di disponibilità all'adozione debba essere effettuata da una coppia sposata o convivente”, quindi, non essendo consentito il matrimonio di persone dello stesso sesso, le coppie omosessuali sono escluse dalla possibilità di adottare. Nei paesi in cui è possibile adottare per le coppie omosessuali, queste si interfacciano con difficoltà aggiuntive, dovute ad esempio alla discriminazione omofobica (*ibidem*). Carone (2021) cita uno studio di Jennings, Mellish, Casey e collaboratori (2014) secondo cui le motivazioni che spingono una coppia di uomini gay a scegliere l'adozione rispetto alla GPA sono legate a ragioni morali, etiche e religiose, come il fatto che non ritengano corretto far rinunciare alla donna che porterà avanti la gravidanza di avere contatti con il bambino, all'evitare di coinvolgere altre persone nella vita del figlio o della figlia e all'assenza di legame genetico con il figlio o la figlia così da non creare squilibri nel rapporto.

Un ulteriore percorso è quello della costituzione di una famiglia a fondazione cogenitoriale. Le famiglie a fondazione cogenitoriale costituiscono una “formula di cogenitorialità priva di vincoli matrimoniali (...) in cui persone di qualunque orientamento sessuale (molto spesso, però, omosessuale) che desiderano avere figlie o figli decidono di partecipare ad un progetto di genitorialità comune” (Carone, 2021). Tra i cogenitori sono fondamentali gli accordi di cogenitorialità per regolare decisioni, collocazione abitativa, divisione del tempo, compiti educativi, impegno finanziario, gestione del figlio o della figlia e per evitare o anticipare i possibili conflitti (Ferrari, 2015). Le motivazioni che sono alla base della scelta di questo percorso sono il desiderio di avere una discendenza biologica, di conoscere il background del figlio, di fare esperienza della gravidanza e di dare al figlio almeno due figure genitoriali di sesso differente (Carone, 2021). In Italia è un percorso piuttosto raro, sia per il contesto

sociale che guarda ancora con sospetto l'omogenitorialità sia per le leggi che non offrono tutela ai genitori non biologici, mentre è più comune nei paesi dove viene garantito il riconoscimento delle coppie omosessuali e la step-child adoption che permette "l'adozione del figlio biologico del partner", un esempio è la Francia dove rappresenta il principale percorso per accedere alla paternità (Ferrari, 2015).

Per quanto riguarda le tecniche, le donne lesbiche tendono a ricorrere frequentemente alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), una pratica riproduttiva che permette la procreazione tramite dispositivi medico-chirurgici. Può essere omologa, quando vengono utilizzati i gameti delle persone che saranno i genitori del bambino, o eterologa, quando si ricorre ad un donatore di gameti. Può essere eseguita attraverso tre modalità: *inseminazione intrauterina* (IUI) in cui il liquido seminale di un donatore viene introdotto nella cavità uterina della donna, viene svolta in una clinica medica estera o nell'ambiente domestico, configurandosi in questo caso come autoinseminazione; *fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione* (FIVET), una tecnica più invasiva, alla base della GPA, in cui la fecondazione degli ovuli avviene in laboratorio su un terreno di coltura e l'embrione viene poi trasferito nell'utero della donna che condurrà la gravidanza (madre gestante), una sua variante è l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo nell'ovulo (ICSI) che aumenta le probabilità di successo; *ricezione di ovociti dalla partner* (ROPA) in cui l'ovulo di una delle due partner (madre genetica) viene fecondato tramite fecondazione in vitro e l'embrione viene poi trasferito nell'utero dell'altra partner (madre gestazionale) (Ferrari, 2015; Carone, 2021). Le motivazioni che spingono una coppia di donne lesbiche a scegliere questo percorso sono legate al desiderio di entrambe le madri di avere un legame biologico con il figlio e al desiderio di una delle partner in particolare di sperimentare la gravidanza e il parto (Carone, 2021).

La GPA rappresenta una delle tecniche scelte dalle coppie di uomini gay per diventare genitori. Si divide in due forme: GPA genetica e GPA gestazionale. Nella GPA genetica "gli ovuli utilizzati per la fecondazione dell'embrione provengono dalla stessa donna che condurrà la gravidanza e partorirà; in questo caso, la gestante sarà anche la madre genetica"; nella GPA gestazionale, invece, l'ovulo di una donatrice (madre genetica) viene fecondato e l'embrione viene poi "impiantato nell'utero di un'altra donna che condurrà la gravidanza e partorirà (madre gestazionale)" (*ibidem*).

Un'ulteriore divisione riguarda il compenso economico: si parla di GPA altruistica quando non è presente uno scambio economico, se non un rimborso spese, e di GPA commerciale quando è presente un compenso (Ferrari, 2015). Comprende sia fasi tecniche, come la fecondazione degli ovuli e l'impianto dell'embrione, che relazionali, come la scelta di gestanti e donatrici (Carone, 2021).

In questo capitolo è stato analizzato come la transizione alla genitorialità sia un periodo che sottopone i futuri genitori a numerosi cambiamenti, sfide e scelte, come quelle riguardanti il percorso da intraprendere per diventare genitori o chi sarà il genitore biologico. Questi aspetti possono costituire dei fattori di rischio che vanno a minare la funzione genitoriale e il benessere dell'individuo e della coppia. Verranno analizzati in modo più approfondito nel prossimo capitolo, insieme ai fattori di rischio contestuali e ai fattori di resilienza.

CAPITOLO 2

FATTORI DI RISCHIO E DI RESILIENZA NELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ

2.1 Fattori di rischio individuali e di coppia

La transizione alla genitorialità si configura come un momento di crisi e di cambiamento per i singoli partner e per la coppia. I partner si trovano impegnati nella ridefinizione del sistema familiare, che passa da diadico a triadico in seguito all'inserimento di un terzo membro, il figlio (Simonelli, 2014; Carone, 2021; D'Amore, 2023). Le paure legate al nuovo ruolo, le difficoltà nell'assetto di nuovi ritmi e routine e il non essere allineati riguardo le scelte educative possono portare i singoli partner e la coppia a sperimentare stress e insoddisfazione (Simonelli, 2014; Ter Kuile, 2021). Dalle ricerche di Goldberg e Smith (2011) è emerso che la qualità della relazione di coppia ha implicazioni per la salute mentale e il benessere psicologico dei partner durante i momenti critici della vita, come la transizione alla genitorialità; ad esempio, quando è positiva, ossia è presente fiducia, buona comunicazione, coinvolgimento emotivo tra i partner, è correlata a minori sintomi ansiosi e depressivi. La mancanza di supporto percepito da parte del partner durante il processo di transizione alla genitorialità costituisce un fattore di rischio e porta ad un decremento nella soddisfazione coniugale, che continua a diminuire nei mesi successivi la nascita del bambino, aumentando conflitti e disaccordi (Grossman, 1980; Belsky, 1985; Cowan, 1985).

Le difficoltà nel passaggio al nuovo ruolo di genitore si possono manifestare anche nelle dinamiche della vita interiore del singolo genitore e riguardano principalmente i cambiamenti identitari, le rappresentazioni di sé come genitore e la riattivazione di rappresentazioni arcaiche e temi irrisolti legati all'infanzia.

Per quanto riguarda le coppie omosessuali costituite da donne lesbiche e uomini gay cisgender, non solo sperimentano le stesse tensioni e difficoltà delle coppie eterosessuali nel processo di transizione alla genitorialità, ma sono sottoposte a ulteriori fattori di stress legati al loro orientamento sessuale e al vivere in una società eteronormativa che considera incompatibili omosessualità e genitorialità (Goldberg, 2011; Baiocco, 2013b; Carone, 2021). Una delle prime sfide che si trovano a dover affrontare è quella di integrare la propria identità di donne lesbiche e uomini gay – minoranze sessuali considerate da sempre senza figli – con l'identità genitoriale che si apprestano ad

assumere; tale integrazione, soprattutto per gli uomini gay, viene considerata dal contesto eteronormativo una “contraddizione culturale” (Armesto, 2002) perché viene a mancare l’automatica identificazione del padre come eterosessuale e dell’uomo gay come senza figli, e può comportare nell’individuo forti vissuti di stress e ansia andando a ritardare l’accesso ai percorsi di genitorialità o l’acquisizione dell’identità genitoriale (Carone, 2021). Per i padri gay si aggiungono ulteriori fattori di rischio, derivanti dal fatto di essere i caregivers primari dei figli, ruolo tipicamente riservato alle donne per la loro predisposizione biologica a procreare e ad assumere il ruolo di madre, e per la necessità di dedicare meno tempo al lavoro per passare più tempo con il figlio, aspetto che contrasta con la visione tradizionale dell’uomo che si occupa del sostentamento della famiglia (*ibidem*). Come afferma Carone (2021):

Sono molteplici le aree in cui i padri gay possono sperimentare tensione e conseguente stress: in quanto uomini gay, non si conformano alle definizioni tradizionali di mascolinità; in quanto caregiver primari, non si conformano alle tradizionali norme sulla paternità; in quanto appartenenti a famiglie omogenitoriali, non si conformano alle definizioni tradizionali di famiglia.

Tali difficoltà possono dare origine a quello che viene definito *multiminority stress*, ossia una situazione “di minoranza multipla in quanto donne lesbiche o uomini gay all’interno della comunità genitoriale eterosessuale e in quanto genitori all’interno della comunità LGBTQIA+” (Carone, 2021). Nel primo caso le sfide e i pregiudizi derivano dalla convinzione che le persone omosessuali non possano offrire un contesto adeguato alla crescita dei bambini, mentre nel secondo caso derivano dal possibile isolamento interno alla comunità LGBTQIA+ a causa della credenza che la volontà di diventare genitori per gli uomini gay e le donne lesbiche rappresenti l’uniformarsi ai valori eterosessuali (*ibidem*). Le difficoltà che derivano dall’appartenere ad una minoranza sono una fonte di stress a cui le persone omosessuali sono sottoposte giornalmente e possono generare vissuti negativi in merito all’esperienza della genitorialità (Baiocco, 2013b).

La comunità LGBTQIA+ costituisce un ulteriore ambiente, oltre al contesto eteronormativo, che può porre delle sfide ed influenzare in modo negativo la transizione alla genitorialità di uomini gay e donne lesbiche. Spesso il voler diventare genitori viene visto come una violazione dell’omonormatività e di una delle principali caratteristiche delle coppie omosessuali, ossia la loro natura non procreativa. Ciò può aumentare i vissuti di stress e ansia sperimentati dalle coppie di uomini gay e donne lesbiche

“inducendo un senso di alienazione e isolamento all’interno della comunità LGBTQIA+” (Carone, 2021).

Anche la famiglia di origine e gli amici possono rappresentare un fattore di rischio durante la transizione alla genitorialità delle persone omosessuali in ragione dell’assenza di accettazione e di supporto psicologico, economico e pratico al percorso di genitorialità. Da uno studio condotto da Baiocco e collaboratori (2013b) su 32 partecipanti gay e lesbiche e 32 eterosessuali, è emerso che nel 47% dei casi la famiglia di origine dei partecipanti omosessuali reagiva in modo negativo alla notizia della genitorialità, esprimendo preoccupazione, dubbi e rifiuto, mentre gli amici reagivano in modo negativo nel 37% dei casi. La mancanza di supporto da parte della famiglia di origine può avere delle conseguenze sulla salute mentale dei futuri genitori, aumentando i sintomi ansiosi e depressivi, come è stato riscontrato in alcune ricerche di Goldberg e Smith (2011). Il supporto percepito dalla famiglia di origine riveste un ruolo anche nella scelta della madre biologica o del padre biologico. Nel momento in cui ci si aspetta una reazione negativa da parte della propria famiglia, la donna lesbica o l’uomo gay rinuncia ad essere il genitore biologico del proprio figlio per garantirgli maggiori tutele (Carone, 2021).

Un ulteriore fattore di rischio per le persone omosessuali deriva dall’omofobia interiorizzata che si manifesta quando le persone omosessuali interiorizzano i pregiudizi e le ideologie negative sulle minoranze sessuali (Baiocco, 2013a). Herek et al. (2009) definiscono lo stigma sessuale come “la considerazione negativa, lo stato inferiore e la relativa mancanza di potere che la società attribuisce collettivamente a chiunque venga associato con comportamenti, identità, relazioni o comunità non eterosessuali”. Lo stigma sessuale può essere diviso in due livelli: a livello macro troviamo lo stigma strutturale, determinato dalla cultura eterosessista secondo cui l’unica famiglia possibile è quella eterosessuale; a livello micro, viene diviso in stigma attuato – le discriminazioni subite dalle persone omosessuali –, percepito – l’aspettativa di ricevere una reazione negativa nel momento in cui si racconta la propria identità omosessuale o la propria famiglia omogenitoriale – e interiorizzato (Carone, 2021). Quest’ultimo si configura nel momento in cui “i genitori omosessuali accettano e fanno propri, in modo più o meno consapevole, i pregiudizi, le etichette, gli stereotipi negativi e gli atteggiamenti discriminatori”, costituendo un fattore di rischio non solo per il genitore,

che si percepisce come non capace nella sua funzione genitoriale, ma anche per la famiglia e i figli (*ibidem*). L'omofobia interiorizzata ha delle ripercussioni a livello di salute mentale, rendendo madri lesbiche e padri gay più vulnerabili al giudizio e alla disapprovazione sociale durante il periodo di transizione alla genitorialità (Goldberg, 2011). È altresì correlata ad una minore apertura con la famiglia e gli amici riguardo il proprio orientamento sessuale, ad una minore soddisfazione nelle relazioni romantiche e ad una valutazione negativa della genitorialità delle persone omosessuali (Baiocco, 2013a). Dalle ricerche di Goldberg e Smith (2011) è emerso che l'omofobia interiorizzata è correlata a sintomi depressivi, avvalorando l'ipotesi secondo cui le minoranze sessuali che provano disagio per il loro orientamento sessuale sono a rischio di un minore benessere psicologico durante la transizione alla genitorialità (*ibidem*).

2.2 Fattori di rischio contestuali

Secondo il modello ecologico di Bronfenbrenner lo sviluppo dell'individuo avviene all'interno di quattro sistemi che interagiscono tra loro: il microsistema, che si riferisce all'individuo e alle relazioni dirette che intrattiene con persone o luoghi; il mesosistema, che rappresenta le interconnessioni tra i microsistemi; l'esosistema, che riguarda i contesti in cui l'individuo non è coinvolto in modo diretto ma che lo influenzano; il macrosistema, rappresentato dalla cultura, dalle tradizioni, dalle norme sociali e dalle leggi del luogo in cui l'individuo vive (Goldberg, 2011; Gillibrand et al., 2019). Il contesto sociale rappresenta, quindi, uno degli ambiti che incide maggiormente sulla crescita dell'individuo e della coppia, sullo sviluppo del desiderio di diventare genitore e sulla transizione alla genitorialità nelle coppie sia eterosessuali che omosessuali e può rappresentare un fattore di rischio o di protezione a seconda del suo essere discriminativo o supportivo.

In Italia le coppie omosessuali incontrano numerose difficoltà nel momento in cui desiderano accedere alla genitorialità, molte di queste derivano dallo Stato e dall'apparato legislativo che non riconosce il matrimonio omosessuale e pongono dei limiti ai percorsi riproduttivi che possono essere intrapresi dalle coppie dello stesso sesso, costituendosi così un ostacolo (Carone, 2021). Tra i percorsi possibili per accedere alla genitorialità troviamo l'adozione, ma la legge n.184 del 4 maggio 1983 prevede che la coppia adottiva sia sposata e "non essendo consentito il matrimonio di

persone dello stesso sesso, le coppie omosessuali sono, quindi, escluse dall'istituto dell'adozione" (*ibidem*). Per quanto concerne, invece, i percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita e Gestazione Per Altri, a cui spesso ricorrono le coppie di madri lesbiche e di padri gay, l'unico modo per accedervi è viaggiando all'estero, essendo queste pratiche vietate in Italia (Baiocco, 2013a). Questo si lega al vuoto normativo esistente in merito al riconoscimento legale del genitore non biologico, il quale non ha la possibilità di adottare il figlio del o della partner (adozione coparentale) o di comparire nella trascrizione degli atti di nascita formati all'estero (Carone, 2021). Al genitore non biologico, in questo modo, viene negato il dovere di assumersi la responsabilità della cura del figlio e avrà difficoltà a svolgere le attività genitoriali tipiche della vita quotidiana, avendo bisogno della delega del genitore biologico per portare il figlio dal medico o andare a prenderlo a scuola. (Carone, 2021; Giusto, 2023). L'assenza di riconoscimento del genitore non biologico ha molteplici ripercussioni emotive e psicologiche sul genitore stesso, sulla coppia e sul figlio, generando paura, preoccupazione, stress e tensioni (Giusto, 2023). La coppia, in virtù del vuoto normativo e considerando la possibilità che possano verificarsi eventi avversi come la morte del genitore biologico o una separazione conflittuale, tende a mettere in atto delle "prassi di riconoscimento più o meno formale" costituite da deleghe scolastiche, disegni, accordi di cogenitorialità che fungono da prove per documentare il rapporto tra il genitore non biologico e il figlio (Carone, 2021).

La mancanza di tutela e la stigmatizzazione portano le famiglie omogenitoriali a "confrontarsi quotidianamente con le credenze socialmente condivise, a vari livelli, sulla (il)legittimità della loro forma familiare" e a subire discriminazioni e aggressioni (Carone, 2021). Tra le diverse forme di stigma sessuale con cui si interfacciano, analizzate nel precedente paragrafo, troviamo lo stigma strutturale:

Determinato dalla cultura eterosessista che, attraverso le sue istituzioni (politiche, religiose, mediche, sociali), trasmette messaggi invalidanti basati sul presupposto che l'unica forma di famiglia accettabile sia quella composta da un uomo e una donna cisgender, eterosessuali, preferibilmente sposati e monogami, possibilmente fertili. Ogni altra forma familiare è, quindi, deviante e inaccettabile (*ibidem*).

Si configurano, quindi, come stigma strutturale le limitazioni imposte dallo Stato alle coppie omosessuali nell'accesso alla genitorialità, tra cui l'esclusione dal matrimonio, l'impossibilità di adottare e il divieto di ricorso alle tecniche di PMA e GPA (*ibidem*).

Le famiglie omogenitoriali devono far fronte anche a forme di stigma più sottili e nascoste: le *microaggressioni*. Si tratta di scambi verbali o non verbali, spesso automatici e inconsapevoli, espressi come battute o critiche e possono essere divisi in tre forme. Prendono il nome di *microassalti* quando riguardano atteggiamenti, credenze o comportamenti messi in atto in modo consapevole e deliberato, comunicati in modo esplicito attraverso attacchi verbali violenti che hanno l'intento di ferire, umiliare o degradare; i *microinsulti* qualificano scambi sia verbali che non verbali che veicolano, spesso in modo inconsapevole e stereotipato, mancanza di rispetto e messaggi offensivi nascosti e impercettibili; le *microinvalidazioni* riguardano le comunicazioni verbali o non verbali che trasmettono negazione o non riconoscimento dell'esperienza delle famiglie omogenitoriali (Carone, 2021). Sono numerose le conseguenze a livello cognitivo, comportamentale, fisico, emotivo e sulla salute mentale in generale delle microaggressioni. Da uno studio condotto da Carone, Lingiardi, Baiocco e Barone (2021), che analizza gli effetti delle microaggressioni sulla genitorialità in 65 famiglie di padri single sia gay che eterosessuali con figli nati da GPA, è emerso che i padri che riportavano di subire maggiori microaggressioni tendevano ad essere meno sensibili nelle interazioni con il figlio. Secondo gli autori, un'ipotesi per spiegare questo fenomeno potrebbe essere quella secondo cui la loro attenzione fosse maggiormente focalizzata su sé stessi, piuttosto che sul figlio, per automonitorare il proprio comportamento così da mostrarsi al ricercatore come genitori adeguati (Carone, 2021).

2.3 Fattori di resilienza e strategie di coping

Come evidenziato nei precedenti paragrafi, i contesti in cui vivono e le relazioni che intrattengono le persone omosessuali possono fungere da fattori di rischio durante il processo di transizione alla genitorialità. Tuttavia, gli stessi possono rappresentare anche dei fattori di protezione e resilienza nel momento in cui risultano essere supportivi e inclusivi. Il contesto sociale può essere un'importante fonte di supporto contribuendo al benessere dell'individuo riducendo stress e preoccupazioni. Il sostegno fornito può assumere diverse forme, tra cui troviamo il sostegno formale, in cui viene fornito un aiuto concreto alla coppia; il sostegno emotivo, che prevede comportamenti di ascolto e attenzione ai bisogni; il sostegno informativo, tramite cui vengono forniti consigli e informazioni; il sostegno affiliativo, derivato dall'appartenenza a gruppi e

associazioni (Simonelli, 2014). Nel caso delle coppie omosessuali il sostegno affiliativo può derivare dalla comunità LGBTQIA+ e dal rapporto con altre famiglie omogenitoriali.

La famiglia di origine e gli amici, che possono rappresentare un fattore di rischio alla luce della mancanza di sostegno, possono configurarsi come un'importante fonte di supporto, sia emotivo che pratico, durante la transizione alla genitorialità. Da una ricerca di Baiocco (2013b) è emerso che le coppie omosessuali riportavano una reazione positiva di felicità, gioia e approvazione da parte della famiglia di origine nel 34% dei casi e nel 58% da parte degli amici. La percezione del loro supporto è correlata a minori sintomi ansiosi e depressivi, contribuendo ad alleviare preoccupazioni e stress (Goldberg, 2011), derivati non solo dal delicato percorso che stanno affrontando ma anche dalle discriminazioni che subiscono.

Un ulteriore importante fattore di protezione è la relazione tra i partner, in particolare la percezione di amore, supporto e impegno, che possono influire sullo sviluppo della consapevolezza delle proprie capacità genitoriali di prendersi cura del bambino (Simonelli, 2014). Tanto più è presente una collaborazione tra i partner nella gestione della vita quotidiana, dei lavori domestici e della cura del bambino, tanto più la relazione costituirà un fattore protettivo (*ibidem*). Una migliore qualità della relazione di coppia è associata ad un coinvolgimento più attivo nei processi di transizione alla genitorialità ed è correlata a minori sintomi ansiosi e depressivi, confermando le ipotesi secondo cui la relazione di coppia abbia profonde implicazioni per la salute mentale (Goldberg, 2011; Simonelli, 2014).

Viste le numerose difficoltà e le discriminazioni che subiscono da svariati ambienti, le persone omosessuali tendono a sviluppare delle strategie di coping per farvi fronte e per cercare di mantenere il proprio benessere psicologico. Le strategie di coping si riferiscono ad una serie di azioni, cognitive e comportamentali, che vengono messe in atto per controllare o ridurre le richieste dell'ambiente interno o esterno, che possono eccedere rispetto alle risorse dell'individuo o della famiglia (D'Amore, 2023). Anche all'interno della famiglia possono essere presenti dei processi e delle strategie che consentono di resistere e reagire agli eventi avversi minimizzando i fattori di rischio e mantenendo il benessere della famiglia stessa e dei suoi membri. Questi processi prendono il nome di resilienza familiare (Ferrari, 2015; Carone, 2021; D'Amore, 2023).

In particolare, le famiglie omogenitoriali, per mitigare le influenze negative che derivano dalle discriminazioni, possono ridefinire la propria rete sociale allontanando chi non le sostiene e avvicinandosi, invece, a coloro che le supportano. Tendono, inoltre, a cercare il sostegno nella comunità omosessuale e nelle altre famiglie omogenitoriali, creando così un ambiente circostante supportivo che mitighi il senso di isolamento (Carone, 2021). Ulteriori strategie utilizzate comprendono le eque divisioni tra i partner dei compiti di cura del figlio e delle faccende domestiche, che garantiscono una fonte di coesione interna e fanno in modo che anche il genitore non biologico senta di avere un legame con il figlio e non si senta subordinato al genitore biologico (D'Amore, 2023).

I fattori di resilienza, esposti in questo paragrafo, e i fattori di rischio individuali e contestuali esposti nei paragrafi precedenti, rivestono un ruolo importante per il benessere psicologico degli individui e delle coppie omosessuali durante il processo di transizione alla genitorialità e non solo. Per tale motivo è fondamentale che vengano indagati durante un colloquio psicologico sulla funzione genitoriale, come vedremo nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 3

COLLOQUIO CLINICO E INTERVENTI A SUPPORTO DELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ

3.1 Colloquio clinico nella transizione alla genitorialità

Come analizzato nei capitoli precedenti, la transizione alla genitorialità si caratterizza come un momento di “crisi evolutiva”, in cui i membri della coppia si trovano a dover affrontare tutta una serie di compiti per poter adattare il contesto fisico e relazionale in cui si inserirà un terzo membro, il figlio, bisognoso di cure e attenzioni (Simonelli, 2014). Tra i vari compiti troviamo una ristrutturazione del senso di sé e della propria identità, una rinegoziazione dei patti coniugali e dei ruoli familiari e sociali, una rielaborazione dei modelli relazionali interiorizzati nel corso dello sviluppo e il passaggio intergenerazionale dall’essere solo figli all’essere figli e genitori (Simonelli, 2014; Carone, 2021). Questi cambiamenti rappresentano una sfida per il singolo individuo e la coppia e possono costituire dei fattori di rischio o di resilienza a seconda del loro impatto, rispettivamente negativo o positivo, sul benessere del singolo e della coppia e sulla funzione genitoriale (Simonelli, 2014). Per comprendere le difficoltà e i disagi che la coppia sta vivendo, per sostenerla nell’affrontarli in modo adeguato e per prevenire l’emergere di difficoltà nella futura relazione con il bambino, il colloquio psicologico si configura come uno strumento fondamentale (*ibidem*).

Il colloquio psicologico sulla funzione genitoriale ha l’obiettivo di comprendere le caratteristiche della funzione di accudimento e cura e la qualità della relazione che i genitori stanno costruendo o hanno costruito con il bambino (*ibidem*). Le aree che indaga sono diverse. Una prima area riguarda la storia evolutiva dell’adulto come figlio, in particolare la qualità delle sue rappresentazioni rispetto alle cure ricevute dai caregiver primari e alla relazione passata e presente con i genitori. Le cure ricevute durante l’infanzia possono influenzare le rappresentazioni di sé come genitore e il sentirsi in grado di fornire accudimento e cura ad un altro diverso da sé (*ibidem*). Questi aspetti costituiscono la seconda area di indagine, la quale si focalizza, in particolare, sulla percezione che ha l’adulto di sé come capace di generare un bambino con il partner e di utilizzare le proprie risorse per prendersene cura. L’esperienza o la percezione di non essere stati accuditi in modo adeguato durante la propria infanzia può far sentire l’adulto come incapace di essere un buon genitore andando a minare la

qualità della relazione che instaurerà con il bambino (*ibidem*). La terza area esplorata riguarda le difficoltà e le sofferenze specifiche di uno dei genitori, che possono incidere sulla sua funzione genitoriale e sulla qualità della relazione con il bambino. La quarta area presa in considerazione riguarda “la qualità della relazione di coppia, sia in termini di funzione coniugale, sia per ciò che concerne la cogenitorialità” (Minuchin, 1974). Si vanno ad indagare la storia della coppia e la qualità della relazione, la presenza di conflittualità, le rappresentazioni dell’altro come genitore e la divisione nei ruoli di cura del bambino e di esercizio della genitorialità. La qualità della relazione tra i partner può costituirsi come un fattore di rischio o di resilienza rispetto alla capacità di svolgere le proprie funzioni di cura verso il bambino (Simonelli, 2014). Può costituirsi come un fattore di rischio quando, ad esempio, il funzionamento sul piano coniugale – che riguarda la coppia romantica – non è in armonia con quello sul piano cogenitoriale – che riguarda il sostegno reciproco nel ruolo di genitori –, andando ad aumentare le difficoltà (McHale, 2007; Simonelli, 2014). Infine, l’ultima area indagata riguarda le rappresentazioni e le immagini che l’adulto ha del bambino. Durante la gravidanza e nel primo periodo post partum il bambino reale non è ancora presente nella mente dei genitori, ma sono presenti altre rappresentazioni, come il bambino fantasmatico, legato alle immagini arcaiche che ogni persona ha del bambino; il bambino immaginato, ossia l’immagine che il genitore si costruisce del proprio figlio; il bambino culturale, che deriva dal significato sociale e culturale dato al bambino che deriva dal contesto in cui la famiglia vive (Lebovici, 1998). L’emergere di conflitti non risolti o di difficoltà che un genitore può incontrare nell’integrare bambino immaginato e bambino reale possono ostacolare il processo di transizione alla genitorialità e lo sviluppo della relazione con il bambino. È in tale contesto che si inserisce il colloquio psicologico come fonte di supporto (Lebovici, 1988; Simonelli, 2014).

Nei capitoli precedenti sono state analizzate le peculiarità delle famiglie omogenitoriali, le sfide che si trovano ad affrontare e le strategie di coping utilizzate nel farvi fronte. Come per le coppie eterosessuali, il momento della transizione alla genitorialità è ricco di cambiamenti e difficoltà, le coppie omosessuali, però, si trovano a dover fronteggiare situazioni particolari legate al loro orientamento sessuale, come lo stigma, le discriminazioni e i pregiudizi, il non riconoscimento della propria famiglia da parte della società e dello stato e l’assenza di leggi che tutelano il rapporto tra il

bambino e il genitore non biologico (Carone, 2021). Questi aspetti possono aggiungere stress e tensioni emotive a quelli già presenti durante la transizione alla genitorialità, tali per cui la coppia spesso richiede l'aiuto di uno psicologo per riuscire a fronteggiarli e sviluppare nuove risorse e atteggiamenti resilienti che rafforzino il suo sentirsi capace e competente (Ferrari, 2015).

Una delle possibili ragioni per cui una coppia omosessuale si rivolge ad un esperto riguarda i sentimenti contrastanti che può provare nel momento in cui si fa presente il desiderio di diventare genitori. Spesso l'emergere di questo desiderio e il venire a conoscenza dei vari percorsi possibili per diventare genitori, si scontrano con la rappresentazione di sé come non genitore in virtù della propria identità omosessuale e possono portare a diversi vissuti emotivi: alcune persone ne rimangono spaventate perché diventano consapevoli di aver sofferto a lungo per una rinuncia, l'essere genitori, che non è più necessaria; per altre persone "può imporsi come un'epifania" che le porta a cercare con urgenza di intraprendere uno dei possibili percorsi per accedere alla genitorialità; altri ancora vi reagiscono con indifferenza, avendo già ricomposto la propria identità come non genitori e superato il "lutto della possibilità" (*ibidem*). È anche possibile che solo uno dei due partner manifesti il desiderio di diventare genitore e ciò può portare a conflitti all'interno della coppia e allo scontro tra due diverse progettualità. Il ruolo dello psicologo, in questo caso, è quello di approfondire e comprendere il desiderio di uno e la preclusione dell'altro e lavorare sulla coppia per aiutarla ad ampliare le possibilità di scelta in modo che costruisca un nuovo progetto che comprenda i bisogni di entrambi (*ibidem*).

Ulteriori possibili ragioni riguardano i sentimenti di inadeguatezza, e le conseguenti emozioni negative, che la coppia può sperimentare rispetto alle proprie capacità genitoriali derivanti dall'interiorizzazione delle credenze e dei pregiudizi della società che considerano le persone omosessuali come incapaci ad essere dei genitori adeguati e ad assicurare al bambino tutto ciò di cui ha bisogno per crescere. A creare un clima emotivo maggiormente negativo, si aggiungono i sentimenti di colpa legati alle possibili future discriminazioni e percezioni di diversità a cui potrà andare incontro il bambino e alla paura di non ricevere supporto per le proprie scelte da parte delle famiglie di origine, che costituiscono un'importante fonte di sostegno per alleviare preoccupazioni, stress e sentimenti negativi, come visto nel capitolo 2 (Goldberg, 2011).

Per il clinico risulta importante valutare la connessione che la coppia ha con altre famiglie omogenitoriali, sia a livello formale (associazioni di genitori) che informale (amicizie), perché sono una fonte di validazione, utile ad affrontare la vita in un contesto eteronormativo, e perché dallo scambio con esse la coppia può ricavare tutta una serie di informazioni e conoscenze utili nella pratica quotidiana ad anticipare o risolvere dei problemi (*ibidem*). Queste ultime prendono il nome di “buone prassi, ovvero strategie e modalità di affrontare specifici compiti di sviluppo che mettono le famiglie in condizione di prevenire, gestire e minimizzare i possibili fattori di rischio, favorendo un senso di fiducia nelle proprie capacità genitoriali e di efficacia di fronte al contesto” (Scarano, 2009; Cafasso, 2014; De Simone, 2015). Maggiori sono le connessioni della famiglia, più essa utilizzerà le buone prassi e il supporto della comunità e più il clinico dovrà tenerne conto per utilizzarli come guida e comprenderne l’efficacia nello specifico nucleo familiare. Nel caso di famiglie disconnesse dalla comunità omogenitoriale, esse tenderanno a sviluppare delle strategie diverse per la risoluzione dei problemi e nel caso in cui non siano efficaci il clinico potrà proporre le buone prassi come nuove e ulteriori risorse (Ferrari, 2015). Il clinico dovrà anche comprendere il significato di questa disconnessione, poiché potrebbe derivare da un generale isolamento, dal vivere in un contesto omofobico o da un’omonegatività interiorizzata, aspetti che impediscono alla famiglia di assumere la propria identità e la portano a mettere in atto delle strategie di negazione delle differenze o di evitamento del confronto, che aumentano i vissuti emotivi negativi e lo stress (*ibidem*). Tuttavia, questi aspetti sono presenti anche nelle coppie che intrattengono relazioni con altre famiglie omogenitoriali. Lo psicologo, in questo caso, lavorerà per cercare di decostruire i pregiudizi derivati da una cultura eteronormativa e per far comprendere le proprie peculiarità di famiglia omogenitoriale, aiutando la coppia a identificare le risorse disponibili per poter affrontare le difficoltà (*ibidem*).

3.2 Interventi nella transizione alla genitorialità

Nel capitolo 1 è stato analizzato come la transizione alla genitorialità impatti differenti aree di vita dell’individuo e della coppia e porti a notevoli cambiamenti biologici, sociali e psicologici (Middleton, 2025). Può capitare che i genitori incontrino delle difficoltà nell’adattarsi alla nuova situazione e possano sperimentare una diminuzione

nel benessere psicologico, con un aumento dei sintomi di stress, ansia e depressione che impattano la loro salute fisica, la loro capacità di esercitare le funzioni genitoriali, la relazione di coppia e la salute del bambino (Jones, 2014; Middleton, 2025). I genitori, durante questo periodo, tendono a concentrarsi molto sulla cura del bambino, trascurando, però, i propri bisogni; in aggiunta, i principali interventi si focalizzano proprio nel supportare i genitori a prendersi cura del bambino, considerando poco il loro benessere e la cura per loro stessi (Middleton, 2025). È importante, quindi, sviluppare degli interventi di supporto per i genitori che li aiutino a prendersi cura di sé stessi e dei propri bisogni, per garantire loro benessere e salute fisica e mentale, che gli permettano di prendersi cura del bambino e sostenerlo nel suo sviluppo.

Gli interventi di prevenzione universale lavorano supportando e rafforzando le conoscenze e le competenze dei genitori per prevenire l'insorgenza futura di difficoltà e disturbi. Un esempio è il Family Foundations, un intervento di prevenzione rivolto alla coppia di genitori per supportare la transizione alla genitorialità. Si concentra sulla relazione con e la cura del neonato, sulle competenze di problem solving e gestione dei conflitti, sulla comunicazione e il mutuo supporto tra i membri della coppia. Si è dimostrato efficace nel ridurre stress e sintomi depressivi e nel promuovere la salute e il benessere dei genitori e del bambino, le relazioni familiari positive e le capacità genitoriali (Jones, 2014; Middleton, 2025). Un secondo esempio di intervento è l'Home-visiting Parenting Program. Si tratta di un intervento preventivo in cui un operatore esperto fa visita alla famiglia con lo scopo di supportarla nel percorso di transizione alla genitorialità per migliorare la salute e il benessere di genitori e bambino, per incrementare conoscenze e competenze genitoriali, in modo che siano adeguate a sostenere lo sviluppo del bambino e a costruire una relazione positiva con lo stesso, e per prevenire situazioni di rischio (Alves, 2024). Un ulteriore esempio è l'Attachment-based Prevention Program. Si tratta di un intervento basato sulla Teoria dell'attaccamento di John Bowlby e rivolto ad entrambi i genitori durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto. Consiste in dieci sedute di gruppo in cui è possibile discutere di aspettative, preoccupazioni, difficoltà ed aspetti emotivi legati alla gravidanza, al parto e alla cura del neonato con altri genitori. Il format di gruppo fa sentire i genitori accolti e supportati nelle loro difficoltà, permette di normalizzare le esperienze di ognuno e di apprendere le strategie di coping utilizzate dagli altri genitori

(Walter, 2024). Inoltre, i genitori possono beneficiare di sedute individuali per lavorare sulle proprie esperienze infantili di attaccamento qualora siano presenti delle difficoltà o dei traumi irrisolti. Gli scopi principali di questo intervento sono: fornire conoscenza rispetto ai cambiamenti che avvengono durante la transizione alla genitorialità, sostenere la coppia, aumentare la conoscenza e la sensibilità dei genitori rispetto ai bisogni del bambino e promuovere lo sviluppo di un attaccamento sicuro tra genitori e bambino (*ibidem*).

Per quanto riguarda le coppie omogenitoriali che stanno affrontando la transizione alla genitorialità, nel contesto italiano sono presenti diverse associazioni che forniscono supporto psicologico e gruppi di auto-aiuto. Tra le principali troviamo Famiglie Arcobaleno, Rete Genitori Rainbow e AGedO. Sono associazioni che, tra le varie attività, si occupano di accogliere e ascoltare genitori e futuri genitori che hanno bisogno di condividere la propria esperienza e le proprie difficoltà sentendosi accolti, supportati e non giudicati. Il supporto può avvenire nella forma di un colloquio psicologico per la singola coppia o tramite la partecipazione a gruppi con altri genitori. Frequentare altre famiglie omogenitoriali costituisce una risorsa importante data la possibilità di condividere conoscenze e difficoltà rispetto alla crescita dei figli e per costruire reti di supporto per tutelare il benessere della famiglia per cercare di prevenire o minimizzare i possibili fattori di rischio derivanti dal contesto discriminante.

Un ulteriore esempio nel panorama italiano è il centro di psicoterapia e psicologia di Torino¹, il quale si occupa di accogliere genitori omosessuali che manifestano delle preoccupazioni riguardo alcuni aspetti della loro vita che possono incidere sul benessere del bambino. Può capitare che i genitori preferiscano non mostrarsi nei vari contesti di vita del bambino con l'intenzione di proteggerlo da possibili discriminazioni. In realtà, vivere nell'ombra e far finta che la propria famiglia non esista potrebbe rappresentare un problema per la costruzione dell'identità e dell'autostima del bambino, il quale ha bisogno di poter confrontarsi e rispecchiarsi con i propri pari. È importante, quindi, l'apertura al contesto e i legami con altre famiglie, sia omo- che eterogenitoriali, così da sostenere l'inserimento nel gruppo dei pari del bambino. Fondamentale per cercare di ridurre le possibilità di discriminazione che arrivano dai pari è il lavoro con la scuola. Gli insegnanti vanno "preparati" nell'accogliere il bambino con genitori omosessuali

¹ <https://www.centropsicoterapia.org/2024/02/08/omogenitorialita-lidentita-familiare-nei-figli/>

per non farlo sentire diverso e nel trasmettere alla classe l'esistenza di varie tipologie familiari, cercando di contrastare gli stereotipi eterosessisti. Nel corso della crescita, è probabile che il bambino faccia esperienza di pregiudizi e attacchi omofobici, i genitori devono innanzitutto gestire le emozioni connesse a questa possibilità e aver superato loro stessi i pregiudizi per trasmettere al bambino orgoglio per sé stessi e la propria famiglia, così che impari a farsi scivolare addosso le critiche e gli attacchi.

Il supporto psicologico, che avvenga tramite colloquio individuale, di coppia o partecipazione a gruppi di auto-aiuto con altri genitori, si configura come uno strumento fondamentale per le coppie, sia eterosessuali che omosessuali, durante la transizione alla genitorialità. Permette ai futuri genitori di sentirsi compresi e ascoltati, di comprendere le difficoltà e i disagi che stanno vivendo e di sviluppare nuove risorse e atteggiamenti resilienti che rafforzino il loro sentirsi capaci e competenti per vivere al meglio questo periodo e per costruire una relazione positiva con il bambino (Simonelli, 2014; Ferrari, 2015; Walter, 2024).

CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni la ricerca scientifica sull'omogenitorialità è molto aumentata, consentendo una maggiore conoscenza e comprensione delle peculiarità di queste famiglie (Carone, 2021). I primi studi si concentravano soprattutto sulla ricomposizione omosessuale a seguito di relazioni eterosessuali, sulle competenze genitoriali e sullo sviluppo psicologico, sociale ed emotivo dei bambini cresciuti in famiglie con genitori omosessuali; solo negli ultimi anni l'attenzione è stata rivolta anche alle famiglie omogenitoriali di prima costituzione e ad aspetti cruciali come la transizione alla genitorialità, i diversi percorsi per accedere alla genitorialità e le discriminazioni subite (Ferrari, 2015; Carone, 2021). Tuttavia, gli studi su questi temi e sul loro impatto sul benessere familiare sono ancora relativamente scarsi. Sarebbe, quindi, auspicabile che le ricerche future si concentrassero maggiormente su di essi, al fine di aumentare la conoscenza e la consapevolezza e permettere l'implementazione di pratiche e interventi clinici specifici per supportare le coppie omosessuali nel loro percorso di genitorialità.

Risulta fondamentale intervenire a livello sociale per prevenire le possibili discriminazioni e aggressioni rivolte verso le coppie omosessuali e contrastare i pregiudizi e gli stereotipi ancora presenti riguardo la genitorialità omosessuale. Le politiche di educazione alla diversità e al rispetto rappresentano uno strumento valido per far entrare in contatto con la diversità, anche delle tipologie familiari, e per educare al rispetto e all'inclusione già dall'infanzia. I pregiudizi verrebbero quindi combattuti attraverso la conoscenza.

A livello legislativo nel contesto italiano sono presenti numerose lacune per quanto riguarda la genitorialità omosessuale, come la mancanza di un pieno riconoscimento di entrambi i genitori, sia biologico che non, e la necessità di viaggiare all'estero per poter avere dei figli. In questo contesto, la Sentenza n.68 del 22 maggio 2025 della Corte costituzionale, che dichiara che “è incostituzionale il divieto per la madre intenzionale di riconoscere come proprio il figlio nato in Italia da procreazione medicalmente assistita (PMA) legittimamente praticata all'estero”², rappresenta un passo importante verso il riconoscimento dei diritti di entrambi i genitori.

²[https://www.anaao.it/content.php?cont=42933#:~:text=Corte%20Costituzionale%20%E2%80%93%20Sentenza%20n.%2068.\)%20legittimamente%20praticata%20all'estero.](https://www.anaao.it/content.php?cont=42933#:~:text=Corte%20Costituzionale%20%E2%80%93%20Sentenza%20n.%2068.)%20legittimamente%20praticata%20all'estero.)

BIBLIOGRAFIA

- Alves, C. R. L., Seibel, B. L., Gaspardo, C. M., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2024). Home-visiting Parenting Programs to Improve Mother-Infant Interactions at Early Ages: A Systematic Review. *Psychosocial intervention*, 33(2), 117–132. <https://doi.org/10.5093/pi2024a7>
- *Armesto, J.C. (2002). Developmental and contextual factors that influence gay fathers' parental competence: A review of the literature. In *Psychology of Men & Masculinity*, 3, pp.67-78.
- Baiocco, R., & Laghi, F. (2013a). Sexual orientation and the desires and intentions to become parents. *Journal of family studies*, 19(1), 90-98.
- Baiocco, R., Santamaria, F., Ioverno, S., Petracca, C., Biondi, P., Laghi, F., & Mazzoni, S. (2013b). Famiglie composte da genitori gay e lesbiche e famiglie composte da genitori eterosessuali: benessere dei bambini, impegno nella relazione e soddisfazione diadica. *Infanzia e adolescenza*, 12(2), 99-112.
- *Belsky, J., Lang, M.E., Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. In *Journal of Marriage and Family*, 47(4), pp. 855-865.
- *Cafasso, S. (2014). *Figli dell'arcobaleno. Madri lesbiche, padri gay, diritti negati in Italia*, Donzelli editore, Roma.
- Carone, N. (2021). *Le famiglie omogenitoriali. Teorie, clinica e ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- *Carone, N., Lingiardi, V., Baiocco, R., & Barone, L. (2021). Sensitivity and rough-and-tumble play in gay and heterosexual single-father families through surrogacy: The role of microaggressions and fathers' rumination. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(3), 476–487. <https://doi.org/10.1037/men0000267>
- *Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W.S., Curtis-Boyles, H. (1985). Transition to parenthood: His, hers, and theirs. In *Journal of Family Issues*, 6, pp. 451-481.
- D'Amore, S., Maurisse, A., Gubello, A., & Carone, N. (2023). Stress and Resilience Experiences during the Transition to Parenthood among Belgian Lesbian Mothers through Donor Insemination. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2800. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042800>
- Daneshnia, N., Chechko, N., & Nehls, S. (2024). Do Parental Hormone Levels Synchronize During the Prenatal and Postpartum Periods? A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 27(3), 658–676. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00474-7>

- *De Simone, S. (2015). *Le Famiglie Arcobaleno in Italia*. In P. Bastianoni, C. Baiamonte (a cura di) *Le famiglie omogenitoriali in Italia. Relazioni familiari e diritti dei figli*, Junior Ed., Bergamo.
- Ferrari, F. (2015). *La famiglia inattesa: i genitori omosessuali e i loro figli*. Milano: Mimesis.
- Gillibrand, R., Lam, V., O'Donnell, V., & Tallandini, M.A. (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Milano-Torino: Pearson.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2011). Stigma, social context, and mental health: lesbian and gay couples across the transition to adoptive parenthood. *Journal of counseling psychology*, 58(1), 139–150. <https://doi.org/10.1037/a0021684>
- *Grossmann, F.K., Eichler, L.S., Winickloff, S.A., Anzalone, M.K. (1980). *Pregnancy, Birth and Parenthood*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature neuroscience*, 20(2), 287–296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Hoekzema, E., van Steenbergen, H., Straathof, M., Beekmans, A., Freund, I. M., Pouwels, P. J. W., & Crone, E. A. (2022). Mapping the effects of pregnancy on resting state brain activity, white matter microstructure, neural metabolite concentrations and grey matter architecture. *Nature communications*, 13(1), 6931. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-33884-8>
- Jennings, S., Mellish, L., Tasker, F., Lamb, M., & Golombok, S. (2014). Why adoption? Gay, lesbian, and heterosexual adoptive parents' reproductive experiences and reasons for adoption. *Adoption Quarterly*, 17(3), 205-226.
- Jones, D. E., Feinberg, M. E., & Hostetler, M. L. (2014). Costs to implement an effective transition-to-parenthood program for couples: analysis of the Family Foundations program. *Evaluation and program planning*, 44, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.02.001>
- *Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interactions and intergenerational transmission. In *Infant Mental Health Journal*, 9(1), pp. 10-19.
- *Lebovici, S. (1998). *La consultation thérapeutique*. In Lebovici, S., Golse, B., *L'arbre de la vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Érès Édition, Toulouse.
- *Marsiglio, W., Hutchinson, S. (2002), *Sex, Men, and Babies: Stories of awareness and responsibility*. New York University Press, New York.

- *McHale, J.P. (2007). *La sfida della cogenitorialità*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Middleton, G., Matvienko-Sikar, K., Briley, A., Dutch, D., Morgillo, S., Anderson, J., Schranz, N., Margrie, F., Kirby, R., Golley, R. K., & Hunter, S. C. (2025). Supporting parents in the transition to parenthood through wellbeing interventions; An international scoping review. *Midwifery*, 142, 104296. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104296>
- *Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapie della famiglia*. Tr. it. Astrolabio Ubaldini, Roma 1977.
- Pawluski J. L. (2024). The parental brain, perinatal mental illness, and treatment: A review of key structural and functional changes. *Seminars in perinatology*, 48(6), 151951. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151951>
- *Scarano, M.T. (2009). Tra i banchi di scuola: esperienze e proposte. In D. Danna e C. Cavina (a cura di) *Crescere in famiglie omogenitoriali*, Franco Angeli, Milano.
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic.
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.
- Walter, I., Quehenberger, J., Landers, S., & Brisch, K. H. (2024). Attachment-based prevention program involving mothers and fathers: Seven-year post-intervention outcomes of a randomized control trial. *Journal of Child and Family Studies*, 33(2), 538 -553. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02762-2>

*= opere non direttamente consultate

SITOGRAFIA

<https://acf.gov/opre/topic/home-visiting>

<https://www.agedonazionale.org/>

[https://www.anaao.it/content.php?cont=42933#:~:text=Corte%20Costituzionale%20%E2%80%93%20Sentenza%20n.%2068,\)%20legittimamente%20praticata%20all'estero.](https://www.anaao.it/content.php?cont=42933#:~:text=Corte%20Costituzionale%20%E2%80%93%20Sentenza%20n.%2068,)%20legittimamente%20praticata%20all'estero.)

<https://www.centropsicoterapia.org/2024/02/08/omogenitorialita-lidentita-familiare-nei-figli/>

<https://www.famigliarcobaleno.org/>

<https://www.genitorirainbow.it/gruppi/>

<https://www.istitutobeck.com/omosessualita/omogenitorialita#emozioni>

<https://it.postpartum.net/>

Giusto, L. P. (2023) “Non siete i genitori dei vostri figli” Cosa stanno vivendo le famiglie omogenitoriali in Italia. <https://www.psicoanalisiessociale.it/non-siete-i-genitori-dei-vostri-figli-cosa-stanno-vivendo-le-famiglie-omogenitoriali-in-italia-laura-porzio-giusto/>