



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

---

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia  
Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea Magistrale

**Un diverso sguardo sull’Incongruenza di Genere: lettura Neo-Funzionale dei vissuti e bisogni emergenti di un gruppo di genitori di persone transgender**

*A different perspective on Gender Incongruence: a Neo-Functional exploration of the experiences and emerging needs of a group of parents of transgender individuals*

*Relatrice:*

Prof.ssa Marina Miscioscia

*Correlatrice esterna:*

Dott.ssa Roberta Rosin

*Laureanda:* Viola Urso

*Matricola:* 2053035

Anno accademico 2022/2023



# Indice

Introduzione.....	VI
<b>Capitolo 1.....</b>	<b>1</b>
1.1 Panoramica sulla realtà transgender: per un maggior orientamento.....	1
1.2 Il percorso di Affermazione di Genere.....	4
1.2.1. <i>Inquadramento diagnostico</i> .....	4
1.3. Incongruenza di Genere: fattori di rischio e di protezione.....	12
1.3.2 <i>Fattori di protezione</i> .....	13
<b>Capitolo 2.....</b>	<b>15</b>
2.1 Essere genitori di persone TGD: costellazioni di vissuti .....	15
2.1.1 <i>Minority stress e sfide quotidiane</i> .....	18
2.1.2 <i>I bloccanti della pubertà</i> .....	19
2.2 Famiglia come fattore protettivo .....	21
2.3 Sostenere e sostenersi: l'importanza del fare rete.....	23
2.3.1 <i>Area sanitaria</i> .....	24
2.3.2 <i>Scuola</i> .....	24
2.3.3 <i>Sostegno dei pari</i> .....	25
<b>Capitolo 3.....</b>	<b>27</b>
Il progetto di ricerca .....	28
3.1 Obiettivo della ricerca .....	28
3.2 Il modello di psicologia Neo-Funzionale .....	29
3.2.1 <i>L'epistemologia Neo-Funzionale: Funzioni, Esperienze di base del Sé e Attività umane</i> .....	30
3.2.2 <i>EBS e polarità</i> .....	34
3.2.3 <i>Le Alterazioni del Sé</i> .....	36
3.3 Partecipanti .....	37
3.3.1 <i>L'Associazione Con-Te-Stare</i> .....	37
3.3.2 <i>Il gruppo Con-Te-Siamo</i> .....	38
3.4 La metodologia di Analisi dei Dati.....	40
3.4.1 <i>Le fasi dell'analisi tematica</i> .....	41
<b>Capitolo 4.....</b>	<b>43</b>
Risultati.....	43
4.1 Sensazioni.....	45
<i>Sensazioni (sentirsi, conoscersi)</i> .....	45
<i>Percepire (percepire l'altro, la realtà, percezione ampia o concentrata, esplorare)</i> .....	48
4.2 Condivisione e Considerati .....	54
4.3 Consistenza e Autonomia .....	60

4.4 Affermazione e Forza Calma .....	63
4.5 Contatto Ricettivo .....	66
4.6 Progettualità e Continuità Positiva .....	68
4.7 Il senso di lutto .....	71
<b>Capitolo 5 .....</b>	<b>74</b>
5.1 Discussione .....	74
<i>Sensazioni</i> .....	75
<i>Percepire</i> .....	75
<i>Aprirsi</i> .....	77
<i>Condivisione</i> .....	78
<i>Alleanza</i> .....	78
<i>Progettualità e Continuità Positiva</i> .....	78
<i>Contatto Ricettivo</i> .....	79
<i>Consistenza e Autonomia</i> .....	79
<i>Assertività, Determinazione e Forza Calma</i> .....	80
<i>Il senso di lutto</i> .....	80
5.2 Limiti .....	82
5.3 Conclusioni .....	84
<b>Bibliografia: .....</b>	<b>85</b>

*“Tieni un capo del filo,  
con l’altro capo in mano  
io correrò nel mondo.  
E se dovessi perdermi tu,  
mamma mia, tira”*

(Margaret Mazzantini, *Venuto al mondo*)

Ai genitori che abbiamo, che abbiamo avuto e che saremo.

Vorrei, innanzitutto, ringraziare i genitori del gruppo “Con-Te-Siamo” che mi hanno offerto il privilegio di entrare in silenzio nel loro mondo. Spero che vi possiate anche solo un po’ ritrovare nelle parole che leggerete in questo scritto.

Desidero, inoltre, ringraziare l’Associazione Con-Te-Stare e tutte le psicologhe, psicoterapeute, e colleghe\* di tirocinio che mi hanno accolto calorosamente e con cui ho avuto il piacere e il privilegio di lavorare. Un ringraziamento speciale va alla Dott.ssa Roberta Rosin che mi ha dato l’opportunità di partecipare a questa importante esperienza, e che, con la sua saggia e calda presenza, mi ha guidato e supportato in questo percorso con competenza e dedizione. Grazie.

Ringrazio, infine, la mia relatrice, la Prof.ssa Marina Miscioscia per la sua disponibilità e il suo aiuto nella creazione del progetto di tesi.

## Introduzione

---

Questo lavoro di tesi nasce a seguito di un'esperienza di tirocinio svolta presso l'Associazione Con-Te-Stare, Sportello Attivo Transgender (sede ONIG) con sede legale e operativa a Padova. Quest'ultima si occupa di fornire un sostegno psicologico e un adeguato accompagnamento, in collaborazione con gli altri professionisti coinvolti, alle persone che vogliono intraprendere un percorso di Affermazione di Genere. Tra i tanti servizi offerti da questa Associazione, ne è stato avviato a novembre 2022 uno a supporto della genitorialità.

Il lavoro di tesi si basa sul primo ciclo di dieci incontri di questo gruppo di genitori di persone TGD, afferenti all'Associazione. Il gruppo ha una valenza di sostegno, ascolto e condivisione e crea uno spazio protetto in cui i genitori, una volta al mese, possono condividere i propri vissuti e ascoltare quelli degli altri, condizione che, già di per sé, come la letteratura ci insegna, ha un forte impatto benefico sull'individuo.

Il seguente studio si propone l'obiettivo di fornire una fotografia dei diversi vissuti di questi genitori, offrendo, così, un punto di vista differente sulla condizione di Incongruenza di Genere, e di sperimentare quanto la condivisione e la percezione di sostegno possano incidere sul vissuto del singolo.

In questo senso, è stato compiuto un lavoro di analisi tematica sui trascritti di ciascun incontro, utilizzando come struttura per la configurazione dei temi stessi il concetto di Esperienze di Base del Sé (EBS). Questo, è, infatti, uno dei costrutti alla base dell'Approccio Neo-Funzionale, e si inquadra come Esperienze vissute in età di sviluppo che vengono acquisite, e diventano bagaglio di capacità per affrontare la realtà da adulti (Rispoli, 2004).

Seguendo un percorso ad imbuto, si partirà, dunque, dall'inquadramento dell'Incongruenza di Genere, di tutti gli step del percorso di Affermazione di Genere, nonché delle controversie legate a questo tema. Rimpicciolendo il focus del lavoro, si fornirà un approfondimento teorico della stessa condizione, filtrata dai familiari delle persone TGD, integrando modelli teorici e studi presenti in letteratura. Si passerà, quindi, alla descrizione del lavoro di analisi svolto e del metodo utilizzato, con un approfondimento sull'approccio Neo-Funzionale, che possa aiutare a comprendere

meglio i costrutti utilizzati nell'analisi. Infine, verrà fornita la descrizione Neo-Funzionale di questa esperienza, cercando di rimandare al lettore un quadro sufficientemente rappresentativo del ventaglio di vissuti che emergono dal gruppo, e quindi uno spaccato di ciò che essere un genitore di una persona TGD comporta.

\*Si precisa che per rendere scorrevole la lettura del testo è stata utilizzata la convenzione linguistica del maschile generale.

# Capitolo 1

---

## 1.1 Panoramica sulla realtà transgender: per un maggior orientamento

Per affrontare al meglio le questioni LGBTQ+ e, nello specifico, la realtà transgender di cui andremo ad occuparci, è necessario definire con chiarezza i costrutti e la terminologia su cui questa realtà si costruisce anche se questi siano in costante evoluzione (Crapanzano, Carpiello & Pinna, 2021). Al di là della comprensione stessa del tema che si andrà ad affrontare e della necessità di creare un linguaggio comune, l'utilizzo di una terminologia corretta è necessario per scongiurare il rischio di alimentare idee false o errate, pregiudizi o stereotipi sul tema (Valerio, 2016).

Innanzitutto, per comprendere a cosa ci si riferisce col termine transgender, è necessario partire dal più ampio costrutto di *identità sessuale*, “dimensione soggettiva e del tutto personale del proprio essere sessuati”, definito da una complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi (Valerio & Scandurra, 2016). L'identità sessuale è costituita, infatti, da 4 componenti: il sesso biologico, il ruolo o espressione di genere, l'identità di genere e l'orientamento sessuale.

Con *sesso biologico* ci si riferisce alle caratteristiche genetiche, ormonali, fisiologiche e anatomiche dell'essere umano, quindi organi riproduttivi interni, genitali esterni, ormoni, geni e cromosomi che determinano una persona come maschio, femmina, o intersessuale (ossia persona caratterizzata da uno sviluppo atipico del sesso anatomico, cromosomico o gonadico e dunque con caratteri sessuali ambigui né tipicamente femminili, né maschili) (Valerio & Scandurra, 2016).

I termini *ruolo o espressione di genere*, invece, si riferiscono all'insieme di caratteristiche comportamentali e psicologiche tipicamente associate al sesso biologico in un determinato contesto socioculturale.

Nello specifico, questi costrutti identificano le modalità con cui la persona manifesta il genere all'interno della propria cultura di appartenenza, attraverso determinati comportamenti (ruolo di genere), così come attraverso determinati interessi o modi di apparire o comunicare (espressione di genere). Ruolo ed espressione di genere riflettono gli stereotipi di un determinato contesto socio-culturale e sono la manifestazione pubblica ed esteriore dell'identità di genere che rappresenta, invece, il vissuto soggettivo del



proprio senso di sé (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 14).

Comunemente e culturalmente, il genere è considerato di natura binaria e, associato in modo congruente al sesso biologico, viene utilizzato per classificare la persona in termini binari, quindi maschili o femminili. Nonostante nell'uso comune si tenda a confonderli, sesso e genere sono dunque due concetti ben distinti e necessari per comprendere, soprattutto da un punto di vista psicologico, il costrutto di identità (Diamond, 2002) e per prestare attenzione alla loro modalità di integrazione nell'esperienza vissuta delle persone. Infatti, con *identità di genere* si fa riferimento a “quel senso intimo e profondo di appartenenza ad un genere e non all'altro” (Stoller, 1968); l'identità di genere rappresenta la dimensione soggettiva e interiore della persona rispetto alla propria definizione di sé. Questa esperienza comincia a svilupparsi già dall'età di 3 anni e, a differenza di quanto culturalmente siamo portati a pensare, non va considerata unicamente in termini binari in quanto esistono tantissime sfumature identitarie che portano le persone a non identificarsi con nessuno dei due sessi biologici. L'identità di genere, infatti, può o meno essere congruente col genere assegnato alla nascita, che si definisce tale sulla base dei genitali esterni, espandendosi quindi al di fuori delle imposizioni maschili e femminili del binarismo di genere (Valerio & Scandurra, 2016). In termini più generali, si possono utilizzare le espressioni “*gender non conforming*” o “*gender variant*” in un'ottica non patologizzante, per indicare quella macro categoria di persone che vivono e comunicano un'identità di genere o un ruolo di genere lontani da quanto atteso dalle norme o aspettative socioculturali (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 15). All'interno di questo termine-ombrello troviamo, ad esempio, coloro che sposano una non definizione di genere in termini binari (*genderqueer*), coloro che non si sentono rappresentati in nessuna etichetta di genere (*agender*), coloro che si sentono rappresentati da entrambe, simultaneamente o alternativamente (*bigender*) o, ancora, coloro che non si riconoscono in una definizione statica, ma si ritrovano in una dimensione dinamica di due o più identità di genere (*gender fluid*) (Di Gregorio, 2019).

Per concludere, l'ultima componente dell'identità sessuale è *l'orientamento sessuale*, dimensione relazionale che indica la direzione dell'affettività o della sessualità, declinata in comportamenti o fantasie, verso persone dello stesso sesso (orientamento omosessuale), del sesso altrui (orientamento eterosessuale), o per i membri di entrambi i sessi (orientamento bisessuale) (Crapanzano *et al*, 2021).

Le *persone transgender o gender diverse* (anche dette *TGD*, acronimo proposto dagli Standards of Care nella loro ultima versione della WPATH (Settembre 2022)) sono, dunque, coloro che vivono ed esprimono un genere in linea con il loro vissuto interiore e soggettivo che solitamente è incongruente col genere assegnato loro alla nascita e trascende le aspettative sociali legate ad atteggiamenti e ruoli di genere. In questo senso si definiscono TGD persone che si vestono con vestiti non del genere assegnato come proprio (*cross-dressers*), che utilizzano un nome corrispondente al genere desiderato, che intraprendono un percorso ormonale e/o chirurgico per mascolinizzare o femminilizzare il proprio corpo o, ancora, persone che si identificano con un altro genere ma non sentono il bisogno di sottoporsi ad alcun intervento di Riassegnazione Chirurgica di Sesso (RCS) (Valerio in Rispoli *et al.*, 2019).

Nello specifico, si utilizzano i termini AMAB (*Assigned Male At Birth*) e AFAB (*Assigned Female At Birth*) per riferirsi al “genere assegnato alla nascita” che comunemente corrisponde al sesso assegnato alla nascita sulla base degli organi genitali esterni. In ogni caso, è bene specificare come la comunità TGD preferisca utilizzare il termine transgender al posto di transessuale in quanto quest’ultimo è considerato riduttivo poiché pone l’accento sulla sola dimensione biologica ed esclude tutti gli altri aspetti che riguardano la sfera emotiva, affettiva, psicologica che il termine transgender invece riesce a rappresentare (Crapanzano *et al.*, 2021).

Per concludere, è necessario precisare che le modalità con cui le persone scelgono il loro percorso di Affermazione di Genere sono molteplici e spaziano dalla scelta di intraprendere un percorso ormonale e/o chirurgico, alla scelta di non fare nessun intervento ormonale/chirurgico indossando abiti comunemente associati al genere opposto o anche di non modificare per nulla il proprio aspetto esteriore, pur identificandosi come TGD. Questo può dipendere sia da un’esplorazione di tutte le possibili conseguenze legate a determinate scelte sul piano fisico, psicologico, sociale, legale ed economico, sia perché le scelte di genere non sono sempre riconducibili ai generi binari femminile e maschile (Crapanzano *et al.*, 2021).

## 1.2 Il percorso di Affermazione di Genere

Nel seguente paragrafo verrà fornita una panoramica di che cosa si intende per disforia di genere o incongruenza di genere da un punto di vista nosografico e psicologico. Si farà dunque un accenno al suo inquadramento all'interno dei manuali diagnostici e alle controversie legate a questo tema.

### 1.2.1. Inquadramento diagnostico

Grazie al complesso quadro di *gender variance* delineato nel precedente capitolo e quindi alla consapevolezza delle tante sfumature e dei tanti livelli di “disallineamento” che esistono al di là del binarismo di genere tra sesso, genere assegnato alla nascita e identità di genere, è necessario sottolineare la componente di disagio che emerge spesso in relazione a tale condizione (Crapanzano *et al.*, 2021). Con il termine *disforia di genere* si fa riferimento, infatti, alla condizione di sofferenza che può manifestarsi quando c'è un'incongruenza tra l'identità di genere percepita e il genere assegnato; tale sofferenza può manifestarsi a diversi livelli di intensità fino ad un forte desiderio di riassegnazione di genere (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). L'ultima edizione del DSM-5 R (Febbraio 2022) ha lasciato invariato i criteri per la DG, aumentando però la bibliografia di riferimento.

Storicamente, a partire dagli anni '70, il tema dell'incongruenza di genere è stato al centro di accesi e numerosi dibattiti. Esso compare, infatti, per la prima volta nel DSM-III e fino al DSM-IV TR viene identificato come “*disturbo dell'identità di genere*” (DSM-III, III-R IV, IV-R, American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994, 2000), etichetta ampiamente criticata per la sua connotazione patologica. Solo nell'ultima edizione del manuale (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) l'etichetta diagnostica viene modificata in “*disforia di genere*” che invece pone il focus sul vissuto di sofferenza della persona, eliminando così lo stigma associato alla parola “disturbo” (Miscioscia *et al.*, 2020).

Vengono, inoltre, inseriti criteri diagnostici più specifici e descrittivi, la categoria diagnostica viene collocata in un capitolo separato rispetto ai disturbi parafiliaci e alle disfunzioni sessuali (Miscioscia *et al.*, 2020) e viene sostituito il termine “sesso”, prevalente nelle precedenti versioni del DSM e ora riferito alla sola costellazione

cromosomica e organi sessuali, con il termine “genere” (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Per raggiungere la diagnosi sono necessari 2 criteri su 7, di cui essenziali “una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e il genere assegnato alla nascita della durata di almeno 6 mesi e una sofferenza clinicamente significativa o una compromissione funzionale in ambito sociale, lavorativo o altre aree, risultante da questa incongruenza” (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013, p. 451). Per l’età evolutiva, inoltre, sono presenti criteri diagnostici più stringenti (6 su 8), oltre al fondamentale criterio A1 “un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato)” (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013, p. 528). Questa precisazione e l’introduzione di specifici criteri temporali per l’età evolutiva sono state svolte per identificare correttamente i segni della disforia di genere ed evitare i falsi positivi facendo diagnosi su bambini che semplicemente non rispettano le aspettative sociali e culturali legate al loro ruolo di genere, o stanno vivendo una condizione temporanea legata a specifiche fasi del loro sviluppo (Miscioscia *et al.*, 2020). In ultima istanza, è necessario precisare come nel marzo 2022 sia stata pubblicata la versione aggiornata del DSM-5, ossia il DSM-5-Text Revision, che non presenta modifiche riguardo ai criteri diagnostici sulla disforia di genere rispetto alla versione precedente, tuttavia ha subito una revisione e un aggiornamento del testo e della bibliografia che accompagna i criteri diagnostici (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022). Similmente l’ICD-11 (2019) nella sua ultima versione ha modificato l’etichetta diagnostica da “*Disturbo dell’identità di genere*” a “*Incongruenza di genere*”, separandola dai disturbi sulla salute sessuale o dallo Z-code, e utilizzando per l’età evolutiva criteri diagnostici ancora più specifici e stringenti rispetto alle definizioni applicate agli adulti o presenti nel DSM. Questi cambiamenti prevedono criteri temporali più lunghi con una persistenza della condizione di almeno due anni (il DSM prevede, invece, un periodo di 6 mesi) nonché l’inclusione di ulteriori specifiche per l’età adolescenziale. Infatti, durante l’adolescenza, può manifestarsi quel desiderio di “transizione” attraverso l’utilizzo di ormoni o il ricorso alla chirurgia affermativa, che, tendenzialmente, non avviene nei bambini (Miscioscia *et al.*, 2020).

Per concludere, è bene specificare che seppur in Italia da un punto di vista normativo l’accesso al percorso di Affermazione di Genere si basi sulla diagnosi di Disforia di

genere, secondo i criteri del DSM-5, in questo scritto si preferisce utilizzare l'espressione "Incongruenza di genere" in quanto, da un punto di vista terminologico, appare più rappresentativa della condizione di disallineamento dal binarismo di genere e sicuramente più inclusivo.

### ***1.2.2 Il Percorso di Affermazione in Italia: le varie tappe del percorso***

Il percorso di Affermazione di Genere in Italia si struttura da un punto di vista medico e giuridico sulle indicazioni proposte dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG, [www.onig.it](http://www.onig.it)) che, a loro volta, seguono gli *Standards of Care* proposti dalla WPATH (The World professional Association for Transgender health), un'associazione internazionale che dal 1979 si pone l'obiettivo di favorire il benessere delle persone TGD, promuovendo la salute mentale, fisica e sociale e garantendo il rispetto dei loro diritti, nonché una qualità della vita elevata (Delle Luche & Rosin, 2017). In questo senso, gli *Standards of Care*, che ad oggi sono alla loro ottava versione (2022) non sono solo adottati dai professionisti che trattano di queste tematiche a livello medico e psicologico ma anche dalle compagnie assicurative e dal sistema giudiziario che hanno rispettivamente un ruolo negli aspetti finanziari e legali del percorso di Affermazione di Genere (Crapanzano *et al.*, 2021). Queste linee guida sottolineano in più punti la necessità etica e professionale di rispettare gli individui che sentono un'identità di genere non conforme, evitando di considerare tali differenze come patologiche ma, al contrario, fornendo cure che riducano eventuali sofferenze causate dall'incongruenza (Scandurra, 2015).

Tale percorso, in questo senso, prevede un approccio multi e interdisciplinare con un lavoro integrato tra varie figure professionali quali psichiatri, psicologi, endocrinologi, chirurghi, avvocati che rispettivamente ne seguono le diverse parti: dal sostegno psicologico a quello medico e farmacologico, fino a quello legale.

Il percorso italiano di affermazione, normato dalla Legge 164/82 che autorizza le riassegnazioni di sesso e l'eventuale cambio anagrafico, prevede un iter molto lungo e articolato, che può variare a seconda delle esigenze individuali, le cui tappe principali riguardano (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 20-26):

*Introspezione:* la persona comincia a capire che il malessere provato deriva dal rapporto col suo corpo e col ruolo di genere che ha assunto nel proprio contesto socioculturale. Partendo da questa consapevolezza la persona sente il desiderio di confrontarsi con qualcuno (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*Il contatto coi professionisti:* la persona stessa o, attraverso associazioni o consultori, prende i contatti con specialisti psicologi o psichiatri (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*Il percorso psicologico:* percorso che, seguendo le linee guide WPATH, ha la finalità, in primis, di aiutare la persona a esplorare e comprendere il proprio vissuto di incongruenza, considerando anche la fase di vita che sta attraversando e la storia passata, e sostenerla a 360 gradi nella comprensione del proprio vissuto esistenziale. In secondo luogo, il percorso psicologico assume, secondo la normativa vigente in Italia, una valenza diagnostica necessaria per accedere al percorso di Affermazione di Genere, incluse le cure sanitarie e la copertura finanziaria sostenuta dal Sistema Sanitario Nazionale (Crapanzano *et al.*, 2021). Proprio per questa sua natura di “gatekeeping” (filtro, ostacolo), il percorso psicologico necessario per avere una diagnosi di Disforia di Genere è stato ampiamente criticato in quanto considerato dalle stesse persone TGD un processo stigmatizzante e patologizzante. Tuttavia, una valutazione psicodiagnostica accurata sembra essere necessaria per garantire che la DG non derivi primariamente da altri quadri di disturbo mentale (Crapanzano *et al.*, 2021). A tal proposito, infatti, negli standard di cura WPATH è più volte sottolineato come sia fondamentale una valutazione psicodiagnostica accurata che prenda in considerazione gli aspetti individuali e contestuali e le possibili ricadute positive e negative che il percorso di affermazione può avere sulla persona (Coleman *et al.*, 2022).

Le modalità e la durata di questo percorso sono molteplici e dipendono dai diversi approcci teorici adottati, dalla frequenza degli incontri, dalla disponibilità della persona. In ogni caso, al di là di eventuali quadri psicopatologici, il mantenimento del percorso psicologico lungo tutto il percorso, inclusa l'eventuale riassegnazione chirurgica, è altamente consigliabile (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*La terapia ormonale sostitutiva (TOS):* al termine di almeno sei mesi di percorso psicologico si può autorizzare la terapia ormonale sostitutiva mascolinizante o

femminilizzante. L'obiettivo di questa terapia ormonale, che prevede la somministrazione di testosterone o ormoni estrogeni a seconda del caso, è di modificare le caratteristiche sessuali secondarie e limitare, per quanto possibile, le manifestazioni fisiche del sesso biologico di appartenenza (inibire o ridurre il ciclo mestruale così come l'erezione/eiaculazione). Secondo le nuove linee guida WPATH (SOC-8), i principali criteri di accesso alla TOS riguardano: (1 e 2) un'incongruenza di genere intensa e sostenuta nel tempo che soddisfi i criteri per la diagnosi, (3) la piena capacità della persona di prendere una decisione consapevole e fornire il proprio consenso al trattamento, (4) la necessità di fare luce su possibili problemi di salute mentale che possano interferire con la chiarezza diagnostica, (5) la consapevolezza dei possibili rischi legati all'infertilità, fornendo anche informazioni riguardo alla possibilità e alle modalità di preservare la fertilità (Coleman *et al.*, 2022).

La terapia ormonale è applicabile solo agli adulti e agli adolescenti, tuttavia nei giovani adolescenti che hanno raggiunto i primi stadi di sviluppo puberale si preferisce agire sul controllo dello sviluppo ormonale coi bloccanti della pubertà, ritardando gli stadi di sviluppo puberale fino all'età ottimale per iniziare la terapia ormonale vera e propria (Coleman *et al.* 2022). Nello specifico, le linee guida precedenti stabilivano che i trattamenti ormonali non potessero iniziare prima dei 16 anni, tuttavia le nuove linee guida (SOC-8) permettono di iniziare le terapie anche prima dei 16 anni, ma ancora c'è poca letteratura su campioni così giovani.

In secondo luogo, la TOS ha un forte peso autodiagnostico in quanto gli effetti possono confermare il sentire della persona diminuendo l'incongruenza percepita, così come indurla a riconsiderare tutto il percorso. A tal proposito è stato dimostrato che la terapia può essere reversibile se viene somministrata per un periodo limitato di tempo (Crapanzano *et al.*, 2021). Se si dovesse invece iniziare un percorso ormonale, la terapia verrà strutturata individualmente sulla persona con un follow-up e periodici controlli medici che andranno avanti per tutto il corso della vita con l'obiettivo di garantire un equilibrio ormonale e metabolico sano (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*Il test di vita reale (RLT, Real Life Test):* in questa fase, che di solito comincia con l'avvio della TOS, la persona comincia a esplorare e sperimentare l'identità di genere con cui si identifica. Questa fase diventa un'occasione di adattarsi al ruolo di genere scelto, valutandone le implicazioni in termini di funzionamento e benessere soggettivo. In questa

tappa è fondamentale continuare un percorso psicologico per monitorare e approfondire come si sente la persona in relazione alle modificazioni somatiche indotte dalle terapie mediche (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*L'iter legale:* Come precedentemente accennato, da un punto di vista giuridico in Italia, la procedura per la “*Rettificazione di attribuzione di sesso*” è regolata dalla legge 164 del 1982 (L.n. 164/1982) che definisce le modalità di accesso alla terapia chirurgica e la successiva rettifica anagrafica. Da un punto di vista pratico, anche se i tempi burocratici possono essere anche molto lunghi e frustranti, la domanda di rettificazione anagrafica deve essere presentata in allegato con la relazione psicologica, psichiatrica ed endocrinologica al tribunale di residenza, prima di affrontare un eventuale intervento chirurgico e non prima che siano passati almeno 12 mesi di test di vita reale (Crapanzano *et al.*, 2021). A tal proposito dopo il 2015 (sentenza n. 221) la Corte costituzionale ha decretato che l'accesso al cambio anagrafico non è più vincolato alla *Riattribuzione Chirurgica di Sesso (RCS)* (Ferraro, 2016). Questo cambiamento evidenzia i progressi compiuti in questo campo anche sul piano legale poiché riconosce l'attribuzione di genere come un costrutto non limitato unicamente al sesso ma alla persona a livello globale. In questo senso spetta al singolo, secondo le proprie esigenze, la scelta delle modalità con cui realizzare il proprio percorso di affermazione in linea con il proprio benessere psicofisico.

*La Riattribuzione Chirurgica di Sesso (RCS):* può essere intrapresa solo da maggiorenni a seguito dell'autorizzazione del tribunale di residenza e prevede l'asportazione degli organi genitali primari (vaginoplastica o falloplastica) e secondari (chirurgia al seno/torace). I criteri di accesso alla pratica, secondo la nuova versione degli Standards of Care WPATH (Coleman *et al.*, 2022), sono molto simili a quelli utilizzati per la terapia ormonale con l'aggiunta di almeno 12 mesi continuativi di terapia ormonale. In ogni caso, anche se non esplicitato, è sempre altamente raccomandabile continuare in parallelo un percorso psicologico con un professionista della salute mentale.

*Il reinserimento sociale:* comincia già durante il *Real Life Test* e la persona trasforma e vive i vari aspetti sociali, lavorativi, affettivi della propria vita come membro del genere



desiderato, con l'obiettivo di raggiungere a pieno l'affermazione del proprio progetto identitario (Dalle Luche & Rosin, 2017).

*Il follow up:* al fine di garantire un benessere continuativo nel tempo è necessario fissare 3 incontri di follow up, dopo 6, 12 e 24 mesi dall'eventuale RCS, con l'obiettivo di monitorare le condizioni psicofisiologiche e il reinserimento sociale conseguenti ai percorsi ormonali e/o chirurgici (Dalle Luche & Rosin, 2017).

### ***1.2.3 Dibattiti e controversie sulla questione diagnostica***

Il percorso di Affermazione di Genere in Italia, così com'è stato illustrato precedentemente, si incasella perfettamente all'interno del grande dibattito presente all'interno della comunità scientifica sul peso e le implicazioni che una diagnosi di Incongruenza di Genere, considerata "via di accesso" al percorso di affermazione, può avere sulla persona. Drescher (2016), membro del Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders dell'APA, già nel 2016 aveva sottolineato il dilemma legato al mantenimento o meno di un modello di questo tipo.

Il percorso di Affermazione di Genere basato sulla diagnosi di Incongruenza di genere porta con sé, infatti, varie conseguenze negative. La prima riguarda la patologizzazione di identità non conformi, che vede nei suoi contestatori più estremi la causa principale del malessere delle persone TGD. La necessità di una diagnosi, infatti, pone il focus sul malessere dell'individuo, senza prendere in considerazione la possibilità che il disagio esperito dalle persone TGD derivi invece da una mancata accettazione da parte della comunità e dalla discriminazione della comunità transgender (Crapanzano *et al.*, 2021). Questo concetto è ben illustrato dal Minority Stress Model (Meyer, 1995, 2003, 2007), di cui parleremo più approfonditamente nel paragrafo seguente, che sottolinea come lo stigma e la discriminazione verso le minoranze abbiano un peso tale da avere un forte impatto sulla salute mentale degli individui che fanno parte di tali minoranze. La diagnosi di disforia, inoltre, contribuisce a creare una "narrativa di angoscia individuale e personale" (Crapanzano *et al.*, 2021, p. 126) che va solo a rafforzare la visione binaria del genere, radicata nella nostra società. In conclusione, una strutturazione del percorso di questo tipo potrebbe comportare il rischio che le persone mentano o forniscano a psicologi e psichiatri determinate risposte solo per essere considerati "idonee" all'accesso ai servizi.

Allo stesso tempo, la diagnosi è necessaria e fondamentale per regolamentare l'accesso alle cure in tutti i suoi aspetti, dalla tutela della salute del singolo, ai suoi diritti, all'accesso legittimato alle cure, alla copertura delle spese economiche che ne derivano.

Il dilemma portato avanti da Drescher ha contribuito a vari cambiamenti nelle nuove versioni dei manuali diagnostici (DSM-5 e ICD-11) come la modifica dell'etichetta diagnostica e dei criteri di classificazione. È stata dunque introdotta una terminologia più neutrale con l'obiettivo di ridurre lo stigma associato, ma nonostante questi tentativi secondo alcuni studiosi la sola presenza di queste categorie all'interno dei manuali diagnostici costituirebbe un paradosso (Davy & Toze, 2018) in quanto la loro sola esistenza le fa inquadrare come forma di patologia e non condizioni esistenziali da poter osservare come semplici variazioni rispetto alle norme (Aiken, 2018).

A tal proposito gli Stati Uniti hanno adottato un modello alternativo a quello medico-psichiatrico utilizzato in Italia. Tale modello è basato sul consenso informato, "Informed Consent Model" (ICM), cercando di evitare l'uso della diagnosi come porta di accesso ai servizi, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia decisionale del paziente. Il compito degli operatori sanitari in questo caso è solo quello di fornire informazioni sulle varie conseguenze derivate da una scelta di questo tipo e sui suoi possibili rischi o problemi associati, lasciando nelle mani degli utenti la possibilità di scelta consapevole. Esistono comunque diverse applicazioni del modello che variano a seconda del peso che viene dato al parere dell'esperto (Crapanzano *et al.*, 2021). Inoltre, in questo modello, la psicoterapia non è considerata un requisito necessario ma un'opzione da discutere col medico curante, che dovrebbe essere esperto in materia, nel momento in cui lo si ritenga necessario (per esempio se lo stato psichico di un paziente risulta talmente alterato da compromettere il consenso informato) (Florence *et al.* 2021). In ogni caso rimane controversa la questione legata a quali figure sanitarie dovrebbero decidere quali persone siano in grado di intraprendere una "decisione informata" e appare più complesso, in un modello di questo tipo, riuscire a garantire la massima tutela della salute psicofisica della persona (Crapanzano *et al.*, 2021).

Anche in Europa recentemente, in paesi come la Spagna, si stanno adottando modelli che cercano di svincolarsi dalla diagnosi medica provando a facilitare il "coming out" con l'idea di essere il più possibile accoglienti e rispettosi dei bisogni della persona, tuttavia si tratta di normative molto recenti e la letteratura in merito alle loro implicazioni è ancora molto scarsa.

### **1.3. Incongruenza di Genere: fattori di rischio e di protezione**

Per concludere un quadro introduttivo sufficientemente descrittivo e dettagliato è necessario sottolineare quali siano i possibili fattori di rischio e fattori protettivi di questa condizione. Il dibattito precedentemente accennato, infatti, si interroga sulla natura stessa dell'etichetta diagnostica, mettendo in discussione la sua accezione psicopatologica che, in realtà, sembra essere il solo frutto della nostra condizione socio-culturale staticamente binaria che inquadra un genere non conforme come anormale portandosi appresso stigma e discriminazione.

È proprio da questa base che l'Incongruenza di Genere diventa una condizione estremamente rischiosa per coloro che la vivono, fino a diventare essa stessa un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie o problematiche di natura fisica.

#### ***1.3.1. Il Gender Minority Stress***

Questo tema viene ben descritto dal modello del Gender Minority Stress di Hendrics e Testa (2012) che a sua volta, poiché si basa sulla teoria del Minority Stress di Meyer (1995, 2003, 2007), sostiene come lo stigma legato alla non conformità di genere sia uno stressor tale da influenzare negativamente la salute psicofisica dell'individuo. Nello specifico si parla di stressor a vari livelli, distali e prossimali: da quello strutturale e oggettivo, che riguarda "le condizioni sociali, norme culturali e politiche istituzionali che limitano le opportunità, le risorse e il benessere delle persone stigmatizzate" (Valerio & Scandurra, 2016, pag. 29), a quello interpersonale, insito nelle relazioni, fino a quello individuale e soggettivo, che modifica la percezione di sé e dei pari, generando l'ansia del rifiuto, evitamento sociale, scarsa autoefficacia. All'interno di questi livelli lo stigma può esprimersi in modo diversificato, come discriminazione subita in prima persona in determinate situazioni, può prendere la forma di aspettative e paure legate ad un determinato contesto, può diventare *concealment*, quindi occultamento della propria identità di genere o del proprio orientamento sessuale, così come interiorizzazione in prima persona degli atteggiamenti negativi della società (Scandurra *et al.*, 2016). È proprio questo stress socialmente basato, cronico e unico (in quanto fattore aggiuntivo allo stress che le persone normalmente vivono) ad avere un effetto profondo sulla salute mentale degli individui. Il gender minority stress rappresenta, dunque, il primo fattore di

rischio capace di aumentare la probabilità di sviluppare una sintomatologia (Scandurra, 2014).

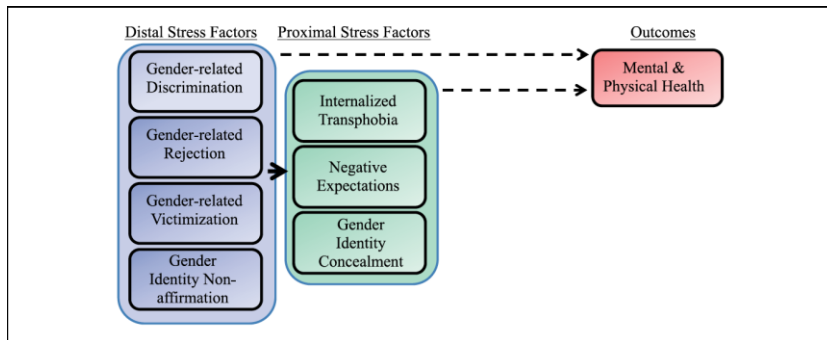


Figura 1. Experience of Gender Minority Stress. (Hidalgo & Chen, 2019)

In letteratura è, infatti, presente un importante filone di ricerca che evidenzia una forte associazione tra presenza di diagnosi di Incongruenza di Genere e diagnosi di disturbi psicopatologici di diversa natura in bambini e adolescenti (Zucker, 2005). Nello specifico risultati molto simili sono riportati in vari studi che osservano come gruppi di giovani TGD abbiano probabilità significativamente maggiori di sviluppare depressione o sintomatologia ansiosa (Clark *et al.*, 2014; Reisner *et al.* 2015; Holt, Skagerberg & Dunsford, 2016). Nella stessa direzione vanno studi che mettono in luce la forte associazione che c'è tra disforia di genere, minority stress e condotte autolesive o tentativi suicidari sia nella popolazione adolescenziale (Di Ceglie *et al.*, 2002; Almeida *et al.*, 2009; Grossman & D'Augelli, 2007) che in una fascia di età minore (Aitken *et al.*, 2016). In ogni caso risultati molto simili possono essere riscontrati in tutti coloro che rientrano nel modo LGBTQ+ in età di vita più elevate. La letteratura riporta anche in questo caso un forte disagio psicologico e una più alta probabilità di sviluppare depressione, maggiori condotte suicidarie e stili di vita più a rischio con un crescente uso di alcol e tabacco (Valerio *et al.*, 2017).

### 1.3.2 Fattori di protezione

Allo stesso modo, per far fronte alle diverse tipologie di stigma, esistono varie dimensioni protettive, che differiscono per età e si sviluppano su vari livelli, da quello individuale a quello interpersonale (famiglia, pari, scuola etc.) e socio-istituzionale.

Se si considera la fascia di età infantile e adolescenziale, a livello individuale e personale, un forte livello di autostima e una buona disclosure riguardo al proprio orientamento o al

genere in cui ci si identifica, sembrano essere fondamentali per allontanare il rischio di sviluppare disagi psicologici (Valerio *et al.*, 2016).

A livello interpersonale sembra essere trasversale ad ogni età l'importanza rappresentata dalla famiglia e dai pari. Soprattutto in una diagnosi di Incongruenza di Genere, nelle prime fasi di vita, il supporto della famiglia è un punto cardine, predittore di esiti e vissuti psicologici molto positivi nella persona. Nello specifico numerosi studi (Malpas, 2011; Gregor *et al.*, 2015; Grey *et al.*, 2016) hanno dimostrato come un contesto familiare supportivo, comprensivo e che riesca a farsi carico del disagio manifestato dal bambino, funga da fattore predittivo verso ansia o depressione e porti a minori livelli di stress anche in età adulta.

Allo stesso tempo anche il supporto sociale e il rapporto con i pari hanno la fondamentale funzione di mitigare l'impatto dello stigma oltre che promuovere una maggior salute mentale, diventando un forte strumento di resilienza verso episodi di discriminazione (Miscioscia *et al.*, 2020).

In generale l'ambiente composto da altri significativi ha un enorme impatto sulla persona poiché agisce sia su un versante protettivo che su un versante di rischio nel caso in cui questo sostegno venga meno. È perciò di fondamentale importanza in questo senso lavorare per diffondere una cultura dell'accettazione della varianza di genere, rivolgendo i propri sforzi alla formazione di professionisti e insegnanti, lavorando nelle scuole e nelle istituzioni con l'obiettivo di scardinare l'idea che la varianza di genere sia qualcosa da considerare anormale e psicopatologico e quindi da modificare.

## Capitolo 2

---

Nel seguente capitolo si affronterà la complessità dell’Incongruenza di Genere filtrata dall’esperienza dei genitori o caregivers di riferimento che accompagnano il proprio bambino/a in questo percorso. Il capitolo si svilupperà cercando, in primo luogo, di comprendere a grandi linee, attraverso una selezione del materiale presente in letteratura, le maggiori difficoltà e vissuti che emergono di fronte a queste condizioni.

Si cercherà, quindi, di capire più nello specifico l’importanza e il peso che il sostegno genitoriale può avere nel percorso di Affermazione di Genere e il forte contributo che possono offrire, in questo senso, il confronto e lo scambio con persone che vivono una situazione simile, con l’obiettivo di mettere in luce l’importanza di fornire un adeguato sostegno alla genitorialità, punto chiave per il benessere delle persone TGD.

### **2.1 Essere genitori di persone TGD: costellazioni di vissuti**

Di fronte ad un figlio con Incongruenza di Genere la famiglia si trova nella difficile posizione di mediare tra la rigida e dicotomica impostazione culturale, fondata sul binarismo di genere, su cui fin da prima della gravidanza si basavano credenze e fantasie rispetto a cosa l’essere maschio o femmina comporta, e un’espressione di genere fluida con cui bisogna fare i conti. Specialmente laddove ci sono visioni più polarizzate e rigide, derivate dalle proprie caratteristiche o credenze familiari o dal contesto di riferimento in cui si è inseriti, risulta difficile scardinarle e riformularle per accogliere il vissuto e le esigenze del proprio bambino (Miscioscia *et al.*, 2020). I genitori in queste situazioni si trovano nella difficile posizione di scegliere tra l’accettazione dell’identità di genere non conforme del proprio figlio e la protezione dello stesso, attraverso forzature che vanno nella direzione opposta all’espressione del sé del bambino, con conseguenze negative a carico del suo sviluppo, del suo benessere e della sua identità (Malpas, 2011).

In generale in letteratura si evidenzia come, di fronte al coming out dei figli TGD, si presenti una complessa mappa di emozioni e stati affettivi ricorrenti, indipendentemente dall’aver già una diagnosi di disforia di genere o dall’aver intrapreso un percorso ormonale e/o chirurgico (Miscioscia *et al.*, 2020). Nello specifico i vissuti che emergono in modo prevalente sono legati al tema della perdita individuando, in questo senso, un

percorso sovrapponibile alle fasi del lutto formulate dal modello di Kubler-Ross (1969): negazione, rabbia, contrattazione/patteggiamento, depressione e accettazione.

Si presenta, infatti, una prima fase di *shock e negazione* di fronte al coming out, una seconda fase costellata di *paura* per le possibili reazioni altrui, quindi *rabbia e senso di colpa*, poi *ricerca di aiuto e supporto*, seguiti da una fase di *apertura e ristrutturazione* delle proprie idee, grazie al sostegno e alla condivisione reciproca, e infine una fase di *accettazione* del proprio figlio. Alcuni genitori, inoltre, vanno oltre la semplice accettazione e riferiscono sentimenti di *orgoglio* per il coraggio dei propri figli (Ellis & Eriksen, 2002).

Nello specifico Lev (2004), osservando famiglie con figli TGD che hanno già affrontato il percorso di Affermazione di Genere, identifica quattro fasi di elaborazione. La prima fase è quella della *scoperta* in cui, anche se la situazione è in qualche modo prevista, l'accettazione dell'atipicità del figlio può rappresentare una vera e propria esperienza traumatica per i genitori e la famiglia allargata.

La seconda fase è caratterizzata da un sentimento di *confusione e sopraffazione* per affrontare la realtà della situazione.

Si entra, quindi, in una fase di *negoziazione*, in cui i genitori cercano di adattarsi e di trovare un compromesso tra ciò che è accettabile per loro e ciò che non lo è, tra la sfera pubblica e quella privata.

Infine si arriva alla fase di *equilibrio* in cui si riescono a risolvere le difficoltà iniziali e ad accettare il proprio figlio nella sua natura.

Può succedere, inoltre, che i genitori sperino che si di una fase temporanea, confidando che la situazione si risolva da sola col passare del tempo.

In generale la letteratura su questo tema presenta studi portati avanti attraverso indagini qualitative su coorti di famiglie che mettono in luce una costellazione di vissuti che vanno dal senso di perdita, alla vergogna, alla delusione per avere un figlio che non corrisponde alle loro aspettative (Rosenberg, 2002), o al convincersi del fatto che sia solo una fase transitoria (Dearden, 2009; Moller *et al.* 2009).

Uno studio di Wren (2002) mette in luce come per alcuni genitori la semplice idea di un possibile percorso di chirurgia affermativa rappresenti un tabù verso cui reagiscono con repulsione. Questa forte reazione sarebbe dettata, infatti, dalla percezione di possessività

nei confronti del corpo dei loro figli e dalla difficoltà ad accettare l'idea di modificare un corpo che loro stessi hanno creato e che ai loro occhi risulta perfetto.

Un altro punto individuato dallo stesso autore riguarda la sfera comunicativa con significative difficoltà da parte della famiglia a parlare di questioni riguardanti il genere sia all'esterno che al proprio interno. Questo blocco potrebbe essere spiegato con la paura di danneggiare le proprie relazioni sociali o causare un possibile allontanamento dei figli, nonostante sia ben documentata in letteratura l'importanza del confronto come fattore di protezione del benessere psicosociale dei figli TGD.

Uno studio esplorativo, condotto da Gregor e colleghi (2015), ha contribuito a mettere in luce altri interessanti vissuti riguardo a questo tema. Attraverso interviste a otto genitori sono emerse tre aree tematiche principali: la prima riguardava il vissuto di perdita e lutto, provato di fronte all'idea della chirurgia affermativa, preceduto da un senso di disagio rispetto al cross-dressing del figlio, considerato già come trasformazione del figlio stesso in un estraneo.

La seconda area riguardava le difficoltà a pensare alla condizione del figlio, di fronte a cui si mettevano in atto meccanismi di difesa di negazione, dettati forse, secondo l'interpretazione degli autori, dal tentativo di proteggersi dal senso di colpa che può sorgere quando si ha un figlio "diverso" che non corrisponde alle aspettative familiari e sociali.

La terza area, infine, riguardava un sentimento di ambivalenza rispetto alla diagnosi dei figli, nella ricerca di bilanciare il desiderio di sostenerli con il timore di esporli a bullismo o stigma sociale.

Un altro interessante filone di ricerca ha, inoltre, analizzato l'impatto dell'attribuzione di causa sul rifiuto o sull'accettazione dell'Incongruenza di Genere dei figli TGD all'interno del nucleo familiare (Gray *et al.*, 2016). Lo studio mette in luce come, laddove i genitori attribuiscono la condizione di incongruenza a cause genetiche e, quindi, a un qualcosa di imm modificabile di cui non si è responsabili, si abbia un maggior livello di accettazione. Nel momento in cui le cause alla base dell'incongruenza siano di tipo ambientale, invece, l'accettazione risulta più difficoltosa. Vengono, infatti, presi in considerazione fattori quali lo stile genitoriale, così come l'educazione impartita ai figli, tutti elementi di cui i genitori si sentono responsabili. Da ciò deriva un sentimento di forte senso di colpa che genera, poi, atteggiamenti severi come mezzo per "correggere" l'incongruenza di genere e i comportamenti associati, nella ricerca di proteggere i propri figli da un possibile stigma



sociale. A tal proposito comportamenti genitoriali severi e punitivi, sebbene in un primo momento possano sembrare efficaci nel ridurre i comportamenti oggetto di stigmatizzazione, successivamente provocano nel genitore stesso una sensazione di forte impotenza di fronte al vissuto di sofferenza del figlio. In questa situazione i genitori arrivano a trovarsi in bilico tra il desiderio di preservare ed esaltare l'unicità del proprio bambino e i suoi comportamenti atipici, e la paura di essere per questo giudicati "cattivi genitori" (Dierckx et al., 2014).

### ***2.1.1 Minority stress e sfide quotidiane***

Di fronte a un tale carico emotivo, la letteratura degli ultimi anni ha evidenziato come, in questo senso, anche i genitori di persone TGD siano soggetti a Minority Stress.

La condizione di incongruenza del proprio bambino, infatti, può portare i genitori a scontrarsi con una serie di stressor prossimali e distali, diversificati nelle varie fasi di crescita dei figli.

Alcune ricerche hanno messo in luce, ad esempio, come il timore del giudizio altrui sia presente in misura maggiore nei genitori di bambini TGD in età prepuberale rispetto ai genitori di adolescenti TGD, timore che li porta a nascondere di più l'incongruenza di genere del proprio bambino (Wren, 2002).

Genitori di figli TGD di età compresa tra i 7 e 18 anni si preoccupano più frequentemente della sicurezza emotiva e fisica dei loro figli e dei possibili trattamenti che potrebbero incontrare in contesti sociali nel presente o nel futuro, con livelli di ansia leggermente superiori a quelli di un genitore medio (Kusalanka *et al.*, 2014).

Spesso, inoltre, come descritto nelle righe precedenti, accade che, per fronteggiare lo stress generato dallo stigma sociale presente verso questi temi, i genitori reagiscano cercando di limitare o scoraggiare l'espressione di genere del proprio figlio nell'intento di proteggerli. Tuttavia, chiaramente, queste strategie non fanno che generare a cascata ulteriori ansie e conflitti all'interno del nucleo familiare stesso e così si alimentano il livello di tensione e malessere generale (Hidalgo & Chen, 2019).

Nello specifico, una ricerca di Hidalgo e Chen (2019) ha approfondito questo tema attraverso un'analisi qualitativa, svolta su sei focus group che vedevano la partecipazione dei genitori di trentotto bambini TGD. Ogni focus group approfondiva una specifica area problematica riportata dalla letteratura: rabbia, tristezza, solitudine/isolamento, paura/preoccupazione/nervosismo, difficoltà a gestire lo stress, conflitti coniugali. I

risultati hanno portato all'individuazione di alcuni domini principali di stressor che corrispondono ai fattori distali e prossimali teorizzati dal Gender Minority Stress, con conseguenze negative sulla salute psicofisica dell'individuo. Nello specifico sono emersi stressor legati al rifiuto, al mancato riconoscimento del figlio, o alle preoccupazioni legate al futuro. Si parla, infatti, di situazioni di discriminazione in contesti sociali, con altri genitori, o in contesti di viaggio in cui è richiesta la presentazione del documento di identità del figlio, ma anche in ambienti più intimi, con la famiglia allargata, o con amici. Si parla di situazioni di misgendering avvenuto o percepito nei confronti dei figli, verso cui i genitori diventano ipervigili e sensibili, e fantasie di vita futura immaginata come difficile, nonché paura verso le possibili situazioni di discriminazione o bullismo che i loro figli potrebbero trovarsi ad affrontare un domani. Le famiglie, di fronte a queste fonti di stress quotidiano, non hanno segnalato specifici problemi legati alla propria salute fisica, causati dalla condizione in sé del proprio figlio, bensì un alto livello di emozioni negative frequenti, come rabbia, senso di colpa, bassa libido, e un forte isolamento sociale, legate allo stigma che tale condizione si porta dietro. Queste finiscono per influenzare negativamente attività quotidiane, con conseguenze sul sonno, sulla dieta, sull'esercizio fisico, sull'abuso di sostanze o, più in generale, su tutti quei comportamenti di cura verso sé stessi.

### ***2.1.2 I bloccanti della pubertà***

Per rimanere su questo tema, un altro elemento fonte di dibattiti e preoccupazioni all'interno del nucleo familiare riguarda il tema dei bloccanti della pubertà. Secondo gli Standards of Care promossi dalla WPATH (Coleman *et al.*, 2022), l'accesso ai bloccanti della pubertà, ossia gli antagonisti del rilascio della gonadotropina (GnRHAs), è stabilito attraverso un'attenta valutazione, svolta attraverso un'equipe multidisciplinare, che prevede la collaborazione di vari professionisti, tra cui anche un bioeticista. L'obiettivo della GnRHAs è quello di fermare lo sviluppo dei caratteri secondari del sesso assegnato alla nascita. Essa infatti agisce sospendendo o ritardando lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie (es. voce o seno), lo sviluppo della fertilità (maturazione dei gameti) e l'aumento puberale della densità ossea (Telfer *et al.*, 2018). Il trattamento è completamente reversibile e consente agli adolescenti di esplorare anticipatamente la propria identità di genere attraverso una transizione sociale anticipata. Esso offre vantaggi psicologici significativi, alleviando gran parte dello stress affrontato in adolescenza dalle

persone TGD a causa dei cambiamenti fisici, e non, ai quali sono sottoposte. I bloccanti danno, inoltre, l'opportunità di donare tempo al ragazzo, al clinico e al genitore stesso per comprendere meglio la situazione e capire la direzione da seguire, come l'avvio o meno di una terapia ormonale sostitutiva (Coleman *et al.*, 2022).

L'assunzione dei bloccanti e l'eventuale durata del trattamento sono valutati con attenzione, prendendo in considerazione fattori, quali: massa ossea prenatale, età delle ossa, età puberale dal punto di vista endocrino e altezza, fattori psicosociali come la maturità mentale e lo stadio di sviluppo in rapporto alla coorte dell'adolescente e al suo obiettivo di sviluppo. Proprio per queste ragioni, è necessario avvalersi di un team multidisciplinare. In ogni caso, questo trattamento non è raccomandato per le persone che sono ancora nello Stage 1 di Tanner, e ne vengono consigliati controlli periodici ogni 4 mesi circa (Coleman *et al.*, 2022).

Tuttavia, ad oggi, i bloccanti, anche al di fuori del contesto privato, sono oggetto di forte dibattito a livello pubblico e mediatico, nonostante le numerose prove di efficacia e le raccomandazioni delle linee guida sottoscritte dalla stessa WPATH e da alcuni servizi sanitari nazionali (in paesi come l'Australia o la nuova Nuova Zelanda). La GnRH viene, infatti, utilizzata dal 1981 e i suoi benefici sono noti, ma le maggiori problematiche individuate sono legate, da un lato, ai costi spesso proibitivi e non coperti dall'assicurazione sanitaria, e dall'altro, ai potenziali rischi ed effetti collaterali, come la possibilità di osteoporosi in età avanzata (Coleman *et al.*, 2022).

All'interno di questa cornice i caregivers di riferimento hanno un ruolo chiave ed essenziale nel facilitare o meno l'accesso a questo trattamento. A tal proposito, un recente studio inglese condotto da Horton (2023) analizza specificatamente le modalità con cui i genitori di adolescenti TGD in fase pre-puberale considerano e prendono decisioni relative ai bloccanti della pubertà. Una trentina di genitori sono stati intervistati in merito a questo argomento e, attraverso un'analisi tematica, sono stati individuati alcuni nuclei principali.

In primo luogo emerge nei genitori la consapevolezza dell'importanza che i bloccanti hanno nella protezione del benessere, dell'autostima personale nei diversi contesti e nella fiducia in sé stessi, nonché nella prevenzione da problemi di salute mentale a breve e lungo termine. In generale i genitori riconoscono l'importanza dei bloccanti nel contribuire alla costruzione di una buona qualità della vita, sottolineando l'importanza per i ragazzi TGD della percezione di controllo sul proprio corpo.

Un secondo macro-tema emerso riguarda alcune perplessità nei confronti del consenso informato in cui vengono poste domande considerate inappropriate e premature rispetto all'età dei ragazzi, con poche informazioni sui potenziali rischi e benefici dei bloccanti in sé. Tutto ciò genera, secondo i genitori, una divergenza da ciò che consideravano aspetti del consenso medicalmente necessari. Si parla, infatti, prematuramente di terapia ormonale sostitutiva, di chirurgia genitale e si formulano quesiti sulla fertilità dei ragazzi, tutte questioni che non fanno che creare preoccupazioni nei genitori stessi e nei figli, complicando ulteriormente il processo.

In ultimo luogo, emerge la forte preoccupazione in merito al dover prendere decisioni senza un elevato grado di certezza sugli effetti di questi trattamenti e alla qualità delle prove che li sostengono.

Questo studio, per quanto sviluppato nel contesto inglese, conduce a riflettere sull'importanza del sostegno da parte dei servizi nella presa di decisione dei genitori, in quanto l'argomento risulta ancora molto incerto sotto vari aspetti.

## **2.2 Famiglia come fattore protettivo**

Come precedentemente delineato dal costrutto del Gender Minority Stress, i giovani TGD presentano un rischio molto più elevato rispetto ai loro coetanei di sviluppare problemi di salute mentale e tassi 20 volte maggiori di suicidi rispetto alla popolazione cisgender (Lawrence et al., 2016; Strauss et al., 2020; Zubrick et al., 2017). Questi vissuti negativi sono conseguenza di un rischio maggiore di subire rifiuto, discriminazioni o aggressioni in tutti i domini della vita, all'esterno e all'interno del nucleo familiare. Come si può intuire, tali esperienze negative vissute all'interno della famiglia hanno un impatto estremamente peggiore sul benessere del singolo rispetto al vivere le stesse esperienze all'esterno del nucleo familiare. La letteratura, infatti, evidenzia come esperienze di rifiuto perpetuate dai propri caregivers siano correlate ad un aumento dell'autolesionismo e del suicidio, un aumento dei comportamenti a rischio, livelli di salute mentale più bassi con una maggior incidenza di depressione e livelli più bassi di autostima (Sansfaçon et al., 2018; Strauss et al., 2020; Taliaferro et al., 2019; Wilson et al., 2016).

Il mancato sostegno genitoriale ha, inoltre, un grave impatto su altri aspetti della vita dei giovani TGD, come emerge dalla letteratura a livello internazionale. Infatti questi ultimi sono significativamente sovra-rappresentati in contesti a rischio, come quello dello

sfruttamento sessuale, nella popolazione homeless, oppure nei sistemi di assistenza (Bateman, 2015; Choi et al., 2015; McCormic et al., 2016).

Da ciò emerge, dunque, l'importanza del sostegno familiare verso le persone TGD come elemento chiave nella protezione del loro benessere. Il sostegno dei caregivers è stato individuato, infatti, come il più forte fattore protettivo in grado di ridurre gli esiti negativi sulla salute delle persone TGD (Bariola *et al.*, 2015; Puckett *et al.*, 2019; Velale *et al.*, 2017).

Un ambiente familiare accettante, soprattutto in infanzia e adolescenza, fa sì che la persona TGD possa sperimentare, comprendere ed accettare in primis la propria condizione. Da uno studio di Puckett *et al.* (2019) emerge, infatti, come il sostegno genitoriale, in misura maggiore rispetto al sostegno comunitario, sia associato ad un aumento del livello di resilienza, fattore chiave in grado di proteggere l'individuo a cui viene fornita una "base sicura e di sostegno" in cui rifugiarsi.

Numerosi studi dimostrano, inoltre, come il sostegno genitoriale, soprattutto in infanzia e preadolescenza, sia significativamente correlato a minori sintomi internalizzanti e disagio emotivo in adolescenza e in età adulta, nonché ad un livello generale di maggior soddisfazione per la vita (Simons *et al.* 2013; Mc-Connell et al., 2016; Ryan *et al.*, 2010).

Come esempio, a sostegno di ciò, uno studio di Olson, Durwood e McLaughlin (2016) si è focalizzato sull'analisi dei livelli di ansia e depressione in un gruppo di 73 bambini e preadolescenti TGD (22 AFAB e 51 AMAB), tutti pienamente sostenuti e sopportati in ogni ambito sociale dalle loro famiglie. Questo gruppo era, poi, messo a confronto con due gruppi di controllo: uno formato da bambini cisgender coetanei per età, e un altro composto da 49 fratelli dei bambini TGD. Nella comparazione dei tre gruppi non sono state individuate differenze significative in nessuna delle misure osservate, con livelli d'ansia e depressione nel gruppo sperimentale lievemente superiori al gruppo di controllo ma sotto a livelli preclinici/borderline, dimostrando così l'importanza del supporto familiare come fattore protettivo del benessere psicologico delle persone che intraprendono un percorso di Affermazione di Genere.

In ogni caso gli equilibri familiari sono molto delicati, le difficoltà sono numerose e l'accettazione e il sostegno non sono così scontati e immediati, tanto è vero che un interessante studio italiano condotto da Giovanardi *et al.* (2018), utilizzando come cornice teorica di riferimento la teoria dell'attaccamento, ha indagato, attraverso la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan e Main, 1984; Main, Goldwyn e

Hesse, 2003), la storia relazionale e lo stile di attaccamento di un gruppo di 95 adulti TGD. Dai risultati è emerso come il 46% degli intervistati mostrasse un attaccamento insicuro, con narrazioni caratterizzate da scarsa coerenza autobiografica, scarsa integrazione e una difficoltà a collegare vissuti presenti e passati della propria storia personale. Inoltre, nel 56% dei partecipanti è stata riscontrata la presenza di diverse tipologie di maltrattamenti nel corso dell'infanzia.

Questa ricerca risulta coerente con alcuni studi precedenti che, similmente, indagavano lo stile di attaccamento di adulti TGD ed evidenziavano le alte percentuali di attaccamento insicuro, con numerosi casi di abuso emotivo e fisico, o addirittura abbandono vero e proprio (Colizzi, Costa, Pace e Todarello, 2013; Giovanardi *et al.*, 2018; Lingiardi *et al.*, 2017).

Per concludere, questi risultati sottolineano l'impatto che tale condizione può avere sulle dinamiche familiari fino a generare funzionamenti disfunzionali con conseguenze negative dirette sulla persona TGD, sul suo funzionamento psichico, emotivo e relazionale e sulla sua storia personale.

### **2.3 Sostenere e sostenersi: l'importanza del fare rete**

Alla luce di quanto è stato descritto nei paragrafi precedenti, risultano lampanti l'importanza e il peso che le figure genitoriali hanno, nel percorso di Affermazione di Genere dei propri figli TGD, fungendo da fattore protettivo per il loro benessere psicologico ed emotivo, e facilitando la loro ricerca identitaria, fornendo uno spazio sicuro e protetto in cui poter sperimentare sé stessi.

Dunque, considerando ciò, e anche la delicata condizione che spesso si trovano, improvvisamente, a dover gestire, poco informati rispetto al vissuto che il proprio figlio racconta, circondati da stressor, e sfide quotidiane che rendono ancora più complesso il loro ruolo, risulta necessario un grosso lavoro di rete, e di supporto. Questo supporto dovrebbe essere omnicomprensivo dei bisogni del genitore, da quello emotivo, a quello strumentale e informativo, per fornire e sviluppare gli strumenti necessari ad accompagnare i propri figli in questo percorso.

Attraverso una revisione sistematica sul tema (Abreu *et al.*, 2022) condotta selezionando 28 articoli scientifici a livello internazionale, sono state individuate le aree principali – che saranno esaminate di seguito - su cui i genitori poggiano per creare alleanze e su cui è necessario intervenire per fornire un adeguato sostegno alla genitorialità.

### **2.3.1 Area sanitaria**

La prima area emersa riguarda l'assistenza sanitaria. In numerosi studi emerge, infatti, come, nonostante i genitori stessi si siano impegnati nel sostenere e proteggere il benessere dei propri figli TGD, percepiscano da parte dei servizi sanitari pubblici una totale impreparazione o scarsa formazione su come prendersi cura delle persone TGD. Ciò è riscontrabile a tutti i livelli di assistenza, dal non usare il genere (misgendering) o il nome d'elezione (deadnaming) scelti dall'assistito, all'essere poco informati sulle terapie ormonali (Riley *et al.*, 2011; Kuvalanka *et al.*, 2014; Carlile, 2019; Frigerio *et al.*, 2021).

Grazie ad un'analisi tematica condotta su 15 interviste svolte con genitori che, nel territorio del milanese, si sono rivolti ad ambulatori per un consulto, è stata evidenziata una discrepanza tra le aspettative e i bisogni che hanno individuato come prioritari per sé e per i propri figli e il supporto che offrono i servizi sanitari, partendo proprio dalla difficoltà di reperire servizi sul territorio che possano prendersi cura della sofferenza dei propri figli e seguirli in un percorso diagnostico terapeutico (Frigerio *et al.*, 2021).

Sono segnalate, inoltre, faticose barriere nei processi burocratici, dettati da tempi d'attesa estenuanti nell'accedere alle terapie ormonali e/o una carenza di psicologi specializzati. Questi fattori non solo alimentano il vissuto di sofferenza dei figli, ma anche i livelli di preoccupazione e solitudine dei genitori stessi (Sansfaçon *et al.*, 2020). In alcuni casi, addirittura, accade che sia il genitore ad "educare" gli operatori sanitari sulle tematiche LGBTQ+, in quanto, in alcuni ambienti, queste sono ancora considerate in ottica patologizzante (Grey *et al.*, 2016; Lorusso & Albanesi, 2021).

Risulta, quindi, di estrema importanza lavorare per garantire un supporto professionale a livello medico-sanitario e psicologico più strutturato, che ascolti e accolga i vissuti, le ansie e le paure di questi genitori, fornisca consigli e vesta un ruolo di guida su cui fare affidamento.

### **2.3.2 Scuola**

L'ambiente scolastico viene identificato come altro tassello fondamentale nel formare il puzzle a sostegno della genitorialità. La scuola si configura, infatti, come rete secondaria necessaria al processo di formazione dell'individuo, dall'apprendimento fino

all'interiorizzazione di modalità di interazione e norme alla base della propria vita sociale. È proprio in virtù di ciò che un ambiente scolastico, rigidamente strutturato su un'impostazione dettata dal binarismo di genere, risulta impattante sul benessere della persona TGD e non va nella stessa direzione degli sforzi del genitore.

Nei contesti scolastici ancora oggi sono presenti poco riconoscimento, poca attenzione alla diversità di genere, mentre ci sono troppi spazi o attività strutturate sul binarismo di genere e sulla cis-normatività (Kovalanka *et al.* 2014; Pyne, 2016, Carlile, 2019), fino ad arrivare a transfobia e bullismo. Spesso sono gli insegnanti stessi che fanno resistenza all'utilizzo del nome di elezione e portano i genitori ad appellarsi a vie legali. In alcuni, addirittura, casi lo stigma e l'opposizione sono tali da obbligare i genitori al trasferimento del figlio in un'altra scuola (Lorusso & Albanesi, 2021).

Dagli studi presi in esame tutto ciò è presente trasversalmente a livello italiano così come in Usa, Canada, Regno Unito, Australia (Lorusso & Albanesi, 2021; Grey *et al.*, 2016; Davy & Cordoba, 2020; Ferfolja & Ullman, 2021) e contribuisce a mettere in luce come ci sia ancora molta strada da fare al riguardo.

In Italia, a tal proposito, si stanno facendo timidi passi avanti con l'introduzione delle Carriere Alias nelle scuole e nelle università, ossia una procedura introdotta nel 2010 che, sulla base di un accordo di riservatezza tra scuola, studente e famiglia, offre allo studente la possibilità di comparire nei registri ufficiali interni alla scuola col nome di elezione. Dai dati forniti da AGedO - Associazione Genitori di Omosessuali -, Onlus che opera a livello nazionale, formata da genitori, parenti e amici di persone che fanno parte del mondo LGBTQ+, nel luglio 2023 gli istituti che avrebbero adottato la Carriera Alias sono circa 230, un numero ancora piuttosto risicato rispetto al numero di istituti presenti sul territorio contando che il protocollo è stato introdotto circa 10 anni fa.

### ***2.3.3 Sostegno dei pari***

La terza area individuata riguarda la percezione di sostegno all'interno della comunità sia a livello macro, quindi da parte delle istituzioni, nella politica e a livello legislativo, sia a livello micro, quindi tutto ciò che riguarda nello specifico il gruppo dei pari, inteso come genitori nella stessa condizione.

In generale la condivisione di esperienze è un qualcosa che in tutti gli ambiti risulta di enorme efficacia e tutto ciò si amplifica nella condizione di incongruenza di genere, la cui definizione stessa è naturalmente intrecciata ad un determinato contesto sociale.



L'efficacia della condivisione di esperienze è stata riscontrata in uno studio condotto in un ospedale pediatrico italiano che prevedeva 12 mesi di incontri di gruppo coi caregivers di bambini e adolescenti con incongruenza di genere che frequentavano il servizio. Lo studio, condotto somministrando ai partecipanti, all'inizio e alla fine del ciclo di incontri, un questionario semi-strutturato e un modulo riguardante gli argomenti emersi, ha individuato nei genitori una diminuzione dell'isolamento e un aumento della fiducia in sé stessi e della speranza di sostenere i propri figli. I genitori hanno, inoltre, preso consapevolezza dell'importanza di accogliere e sostenere i propri figli e si è formata una rete di supporto e condivisione molto solida (Caldarera *et al.* 2021).

Altri studi riportano, allo stesso modo, come il contatto faccia a faccia (o online) con persone nella stessa situazione, attraverso gruppi di supporto, sia necessario ed estremamente utile per diminuire lo stigma, e mitigare i vissuti di colpa, le paure, le insicurezze che possono emergere (Lorusso & Albanesi, 2021; Rabain, 2021; Szilagyi & Olezeski, 2021). Inoltre questi incontri contribuiscono a ridurre l'isolamento e a migliorare la comprensione del vissuto dei figli, con effetti diretti sul loro funzionamento psicologico, a livello di autostima, adattamento e integrazione sociale (Kolbuck *et al.*, 2019; Di Ceglie e Thummel, 2006).

In generale gli incontri di gruppo possono essere di diversa natura e con scopi molto diversificati. Possono strutturarsi in contesti clinici, con valenza psicoeducativa, di supporto psicologico, gruppi di psicoterapia vera e propria, o ancora in contesti non clinici.

In ogni modo, così come descritto da Yalom e Leszcz (2005), esistono alcuni fattori alla base degli interventi di gruppo, meccanismi di cambiamento, fortemente connessi con l'interazione interpersonale, che agiscono trasversalmente alle tipologie di intervento. Questi fattori riguardano l'aumento di speranza, l'universalità dei propri problemi, la cui consapevolezza offre sollievo e fiducia, o ancora, lo scambio di informazioni, il senso di altruismo percepito nell'aiutarsi a vicenda. C'è poi il comportamento imitativo, l'apprendimento interpersonale che consiste nella consapevolezza riguardo ai propri comportamenti sociali inadeguati e l'acquisizione di nuove tecniche di socializzazione.

Allo stesso modo, nello specifico del tema preso in esame, i gruppi di incontro per caregivers di persone TGD possono essere aperti o chiusi, più strutturati e orientati a temi prestabiliti o semplice spazio di ascolto, essere supportati o meno da professionisti o avere la partecipazione di un'equipe sanitaria.

Dalla letteratura, inoltre, emerge come anche il solo scambio con genitori che non condividono la stessa condizione aiuti, poiché contribuisce a migliorare la comprensione del proprio figlio e riconduce la complessità del crescere qualcuno non tanto alla condizione di incongruenza, ma a un qualcosa di attribuibile all'essere umano in generale (Kusalanka, 2014; Caldarera *et al.*, 2021; Katz-Wise *et al.*, 2021).

## Capitolo 3

---

### Il progetto di ricerca

#### 3.1 Obiettivo della ricerca

Nel primo e secondo capitolo di questo scritto si è cercato di offrire una panoramica della realtà transgender nell'intento di descriverla a grandi linee nelle sue diverse sfaccettature e dai vari punti di vista da cui è possibile analizzare questo stesso fenomeno.

Partendo, infatti, da una descrizione più nosografica e descrittiva della diagnosi, del percorso e del complesso e pesante bagaglio psico-emotivo di cui si fa carico la persona TGD all'interno della regolamentazione giuridico-normativa italiana, si è voluto indirizzare il focus del lavoro sull'esperienza, il vissuto e i processi che caratterizzano i caregivers che accompagnano le persone TGD nel percorso di Affermazione di Genere. La stessa esperienza, infatti, se vissuta da un genitore prende in considerazione aspetti nuovi, legati al tema della perdita e del lutto, del nuovo... Vengono descritti un percorso meno osservato, più silente; un carico psico-emotivo che spesso trova poco spazio per esprimersi, poiché forse meno legittimato, meno compreso, o accettato, e i diversi rischi che questa condizione può comportare.

Considerate queste premesse, rimpiccioliamo ancora l'obiettivo della lente di studio cercando di descrivere più nello specifico il lavoro che si andrà a sviluppare nelle prossime pagine.

Questo lavoro di tesi cerca, infatti, di offrire una lettura analitica dell'esperienza vissuta da un gruppo di genitori di persone TGD attraverso l'applicazione dei costrutti propri della psicologia Neo-Funzionale, un approccio psicoterapeutico che verrà illustrato nei paragrafi successivi.

In altri termini, si cercherà di proporre una lettura Neo-Funzionale dell'esperienza vissuta da questi genitori.

Analizzando il percorso del gruppo, nato come sostegno e scambio, si cercherà di migliorare e ampliare la comprensione del vissuto che l'essere genitore in questa condizione comporta e dell'eventuale disagio provato relativamente al dovere, in parte,

stravolgere l'immaginario e le modalità con cui si era abituati a pensare e a relazionarsi al proprio figlio o figlia, nonché a tutto il ventaglio di vissuti legati a tale cambiamento. Attraverso questa analisi si cercherà, inoltre, di osservare l'importanza che un gruppo di sostegno può esercitare sul lavoro e sul benessere del singolo, sottolineando il potere e la forza della condivisione in tali contesti.

Dunque, dopo una prima introduzione teorico-epistemologica necessaria per la comprensione dei costrutti che verranno utilizzati per inquadrare ed analizzare il tema, si descriveranno nello specifico le caratteristiche dello studio e successivamente la metodologia di analisi applicata al materiale raccolto.

### **3.2 Il modello di psicologia Neo-Funzionale**

Il Neo-Funzionalismo, o Funzionalismo moderno, nasce a partire dagli anni '80 nella scuola di Napoli, grazie alle ricerche e agli studi di Luciano Rispoli, teorico e fondatore di un vero e proprio modello integrato di psicoterapia e della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (Rispoli, 2006).

Il Neo-Funzionalismo affonda le proprie radici nelle teorizzazioni del primo Funzionalismo americano (James, 1890) e della scuola di Chicago, attingendo, quindi, ai contributi teorici di studiosi come Dewey (1896), Angell (1907) o Carr (1925). Tutti questi studiosi erano, infatti, interessati a capire il funzionamento della mente umana e non ad analizzarne i contenuti, considerati, invece, come elementi "fluttuanti ed evanescenti" difficilmente definibili con caratteri di assolutezza (Rispoli, 2004).

Il Neo-Funzionalismo raccoglie, inoltre, il lascito teorico di Reich degli anni '20, teso a capire lo stretto rapporto tra mente e corpo e la loro inseparabilità. Il corpo, secondo questo autore, sarebbe, infatti, sede delle emozioni e delle esperienze vissute, della storia personale, dello sviluppo e dunque elemento fondamentale su cui intervenire necessariamente all'interno del contesto psico-terapeutico (Rispoli, 2004).

A partire da tutto ciò e anche grazie ai più recenti contributi di nuove branche di ricerca come la Psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI) e agli studi delle neuroscienze, si struttura il Funzionalismo moderno. Questo approccio cerca, infatti, di non basarsi in modo riduzionista e meccanicista sul concetto di "struttura" o di "parti" e sul conflitto che può intercorrere tra di esse, ma cerca di cogliere la complessità del funzionamento

umano e la sua organizzazione, superando i riduzionismi precedenti, la dicotomia corporeamente e il primato di uno sull'altro, senza, però, adottare concettualizzazioni teoriche totalizzanti troppo astratte o generiche che si allontanano dal concetto di corpo o dalla sua unitarietà con la mente (Rispoli, 2016).

### ***3.2.1 L'epistemologia Neo-Funzionale: Funzioni, Esperienze di base del Sé e Attività umane***

Considerando tali bisogni, il Neo-Funzionalismo, nel tentativo di adottare una visione complessiva e integrata del funzionamento umano, poggia le basi del suo apparato teorico sul concetto di "Funzione" e di "Esperienze di Base del Sè" che una volta adulti vengono definite come "Funzionamento di fondo".

Il Neo-Funzionalismo considera, infatti, la persona, o in altri termini il Sé come un'*organizzazione* di Funzioni, o sistemi, tutti importanti e integrati in ugual modo che fanno parte di un sistema più ampio il quale si esprime e si rivela ogni volta in ciascuno di essi (Rispoli, 2016). La persona viene considerata come un'*organizzazione di funzioni* vera e propria, un insieme di *Sistemi Integrati* che operano sinergicamente verso un olistico non vago o generico, ma concreto e dettagliato.

Per queste sue caratteristiche ogni funzione deve soddisfare alcune specifiche qualità, (Rispoli, 2004.; Dalle Luche & Rosin, 2017):

1. Deve riguardare un funzionamento di fondo della persona e non livelli di azione o comportamento;
2. Deve essere possibile analizzarne il suo andamento nel tempo;
3. Deve essere connessa ad una "polarità";
4. Deve poter mostrare in modo evidente le sue alterazioni.

Tali *Funzioni*, o sistemi, afferiscono a quattro macro-aree, o piani (Rispoli, 2004):

Il *piano Emotivo* che rappresenta lo stato emotivo con cui la persona fin dall'inizio della propria vita percepisce le diverse cose che vive nel mondo.

Il *piano Fisiologico* che è formato da tutti i sistemi ed apparati interni all'organismo, quali il sistema respiratorio, cardio-circolatorio, digestivo, nervoso-centrale, neuro-endocrino.

Il *piano Posturale-Motorio* che comprende posture, movimenti, forza, struttura e forma.

Infine, il *piano Cognitivo-Simbolico* che riguarda tutti quei processi studiati dai modelli teorici tradizionali come ricordi, pensieri, sogni, fantasie, processi immaginativi, il simbolico, etc.

Dunque, non ci sono mente o corpo, non ci sono parti, ma funzioni psico-corporee, e il Sé può essere visto in quest'ottica come *“un'organizzazione di tutte le funzioni”* dell'organismo vivente (Rispoli, 2016, p. 19).

Tutte queste Funzioni sono presenti sin dall'inizio della vita e con la crescita vanno incontro ad una continua complessificazione, mantenendo sempre una struttura circolare e non piramidale (Rispoli, 2016).

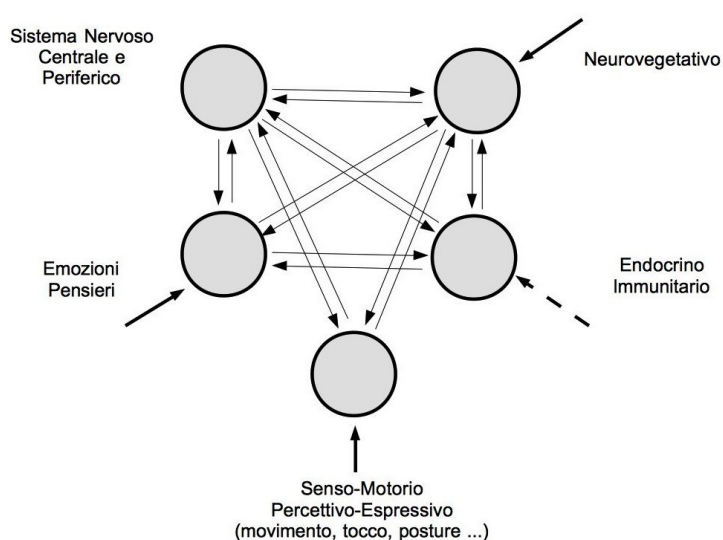


Figura 1. Sistemi Integrati (Rispoli, 2016, p.58)

Un altro postulato fondamentale di questo apparato teorico risiede nel concetto di *Esperienze di Base del Sé (EBS)*, o *Funzionamenti di Fondo*, definibili come tutte quelle esperienze fondamentali, vissute nelle varie fasi di sviluppo del bambino, che verranno poi conservate tutta la vita come capacità di fondo.

Su queste Esperienze di Base si poggia, infatti, il funzionamento sano e lo sviluppo pieno dell'individuo: sono definibili come *“le radici dell'agire”*, modalità di funzionamento che diventano bagaglio per la persona e poi si articolano di volta in volta in modo diverso nelle varie circostanze di vita (Rispoli, 2004).

Nella figura sottostante (*Fig. 2*) riportiamo il quadro delle Esperienze di base del Sé (EBS) dopo le ultime revisioni del 2015.

<b>Esperienze di Base del Sé</b>	
<p><b>TENUTI</b> Essere Tenuti (contenuti, fermati) Essere Presi Essere Portati (guidati) Essere Protetti</p> <p><b>LASCIARE</b> Lasciare (allentare muscolatura, incantarsi, non tenere) Fidarsi (affidarsi, fiducia) Abbandonarsi all'altro</p> <p><b>CONTATTO</b> Contatto (vicinanza, fusione, empatia)</p> <p><b>CONTATTO RICETTIVO</b> Essere Nutriti (ricevere, assorbire) Richiedere (per ricevere, richiamare)</p> <p><b>CONTATTO ATTIVO</b> Prendere (sedurre, portarsi l'altro, carisma) Tenersi l'altro Cambiare l'altro (muovere, trasformare) Dare (abbracciare, regalare)</p> <p><b>AMORE</b> Essere Amati (portati dentro) Amare (portare dentro, darsi, appartenere all'altro) Riconoscenza Continuità positiva (ricordi, aspettativa positiva) Amarsi (dare a sé, piacersi, autoconsolarsi, sistemarsi)</p> <p><b>CONDIVISIONE</b> Aprirsi (raccontare di sé) Condividere (scambiare, cointeressarsi) Alleanza (l'altro dalla propria parte) Piacere All'altro (mostrarsi, migliorarsi per l'altro)</p> <p><b>TENEREZZA</b> Tenerrezza (dolcezza, morbidezza) Cedere (accettare, tollerare) Necessità dell'altro (fragilità)</p> <p><b>CONSIDERATI</b> Essere Visti (ascoltati capiti) Essere Valorizzati (apprezzati)</p> <p><b>VITALITA'</b> Gioia (slancio, guizzi) Vitalità (attivarsi, energia, passione) Giocare (umorismo) Osare (andare oltre, andare avanti, coraggio)</p> <p><b>CREATIVITA'</b> Creatività (immaginazione) Gusto del Bello</p>	<p><b>PIACERE</b> Piacere (eccitazione, godersi le cose) Desiderare Piacere dell'altro (trarre piacere dall'altro) Benessere (armonia, interezza, verso il basso, vagotonia)</p> <p><b>CALMA</b> Calma (tranquillità) Aspettare (pazienza) Stare (oziare)</p> <p><b>SENSAZIONI</b> Sensazioni (sentirsi, conoscersi) Percepire l'altro (percepire l'altro, la realtà, percezione ampia o concentrata, esplorare) Stupore (meraviglia, vedere il non noto nel noto)</p> <p><b>CONTROLLO</b> Concentrarsi (attenzione) Attenzione Morbida Allentare Controllo (sciogliersi, perdersi) Perdere Controllo (buchi, esplosioni, crolli, trasgredire)</p> <p><b>FORZA</b> Forza Originaria (distaccarsi, farsi spazio) Forza Morbida Forza Calma (affrontare, fronteggiare, potenza) Forza Aperta (buttare via)</p> <p><b>AGGRESSIONE</b> Aggressione Affettuosa (giocosa) Aggressione (per difendersi, attaccare)</p> <p><b>NEGATIVITA'</b> Rabbia Odio (cattiveria) Dolore</p> <p><b>CONSISTENZA</b> Presenza (visibilità, espandersi) Consistenza (peso, sicurezza, fierezza, valorizzarsi)</p> <p><b>AFFERMAZIONE</b> Assertività (affermazione delle proprie idee, imporsi) Determinazione (tenacia, andare in fondo, resistere) Scegliere (decidere)</p> <p><b>AUTOAFFERMAZIONE</b> Autoaffermazione Progettare (concretizzare sogni) Realizzazione (soddisfazione) Competere (voler vincere)</p> <p><b>AUTONOMIA</b> Opposizione (rifiuto) Separarsi (distacco) Autonomia (stare bene da soli, non dipendenza)</p>

*Figura 2. Le Esperienze di Base del Sé (versione 2015) (Rispoli, 2016, p. 24)*

I Funzionamenti di fondo sono, infatti, alla base di comportamenti, pensieri, emozioni, gesti, parole etc. diversi nelle varie circostanze, in relazione agli altri o a sé stessi. Ciascuna EBS è costituita da diversi elementi propri dei vari Sistemi psico-corporei precedentemente definiti, formando configurazioni ben individuabili (Rispoli, 2016). In altre parole, si può dire che ogni EBS sia un insieme ben determinato di Funzioni del Sé, e dunque sarà caratterizzato da specifici movimenti, posture, emozioni, pensieri.

Nella figura sottostante (Fig. 3), ad esempio, verrà riportata la configurazione Funzionale di un'Esperienza di Base del Sé, rappresentata secondo l'epistemologia Neo-Funzionale dove ciascun cerchio designa una Funzione specifica dell'EBS considerata.

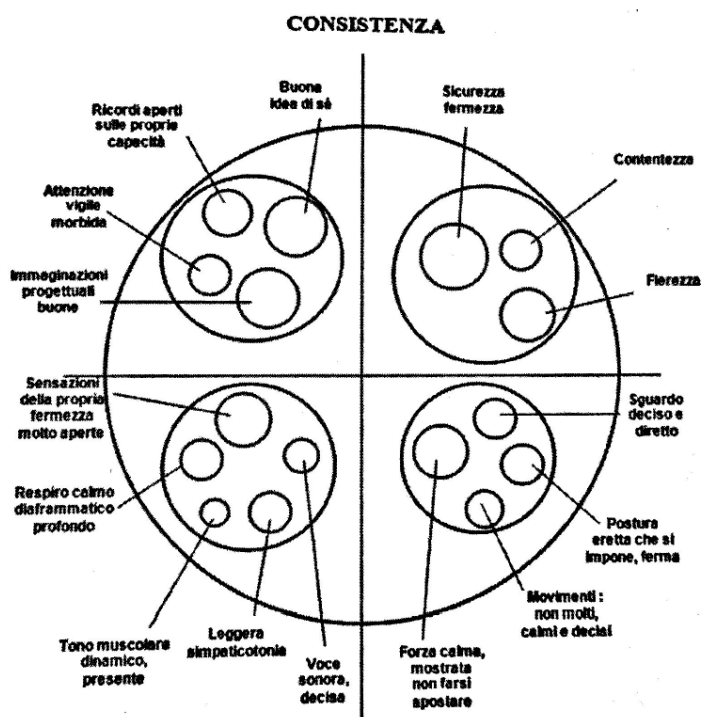


Figura 3. Esempio di EBS Consistenza (Rispoli, 2016, p. 46)

Infine, si devono considerare le *Attività Umane* definibili come “ciò che l’essere umano intraprende nella vita per la realizzazione di sé e del proprio rapporto con gli altri e con la società” (Rispoli, 2016, p. 28). Queste attività sono costituite e rese possibili proprio grazie alle EBS, ma non si presentano (al contrario delle EBS) tutte allo stesso tempo e in tutte le fasi di vita del soggetto. Esse comprendono, ma non solo, le Relazioni, il Lavoro, l’Alimentazione, la Spiritualità, la Sessualità, lo Sport, e sono concepibili come il modo che il Sé ha per vivere. In quest’ottica, aiutando e curando le specifiche EBS che sostengono ciascuna Attività, si andranno a sviluppare determinate attività umane e si porteranno avanti interventi non solo terapeutici, ma di aumento di empowerment di tutta la persona (Rispoli, 2016).

Per concludere, è possibile riassumere quanto appena detto nel seguente modo: “*Il Sé è l’insieme organico ed organizzato di tutte le Funzioni o Sistemi; le Funzioni sono l’espressione del Sé; Le Esperienze di base del Sé o Funzionamenti di fondo sono*



*l'aggregarsi specifico di Funzioni per rispondere alle richieste ambientali; le Attività Umane rappresentano l'insieme di quei Funzionamenti utili per intraprendere nella vita la propria soddisfazione” (Dalle Luche & Rosin, 2017, p. 10).*

### 3.2.2 EBS e polarità

Entrando più nello specifico di ciò che serve al nostro lavoro, Le Esperienze di Base del Sé si configurano, dunque, come esperienze vere e proprie che viviamo sin dalla nascita e che, se attraversate più volte positivamente, andranno a costituirsi come una sorta di magazzino di modi di agire a cui attingere ogni volta che ce ne sia la necessità (Rispoli, 2004). Esse diventano della *capacità* vere e proprie che la persona saprà utilizzare quando ne avrà bisogno nei diversi contesti, diventano dei “modi fondamentali di funzionare del Sé nel mondo” (Rispoli, 2016, p.45).

La *figura 3* illustra questo concetto sottolineando come i diversi Funzionamenti di fondo siano costituiti da elementi dei vari piani psico-corporei, e diano origine a diversi comportamenti differenziati nei vari contesti di vita

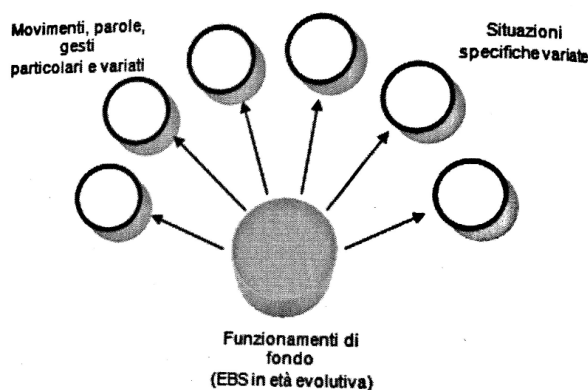


Figura 4. Funzionamenti di fondo e situazioni di contesto (Rispoli, 2016, p. 26)

Ora: ogni EBS è formata da una precisa costellazione di Funzioni e ogni Funzione può esprimersi su un continuum tra le due polarità che lo caratterizzano. Ogni Funzione assume, infatti, un andamento tra due polarità opposte. Ciò permette alla persona di poter spaziare tra una vasta gamma di emozioni, movimenti, posture, equilibri fisiologici, o valori simbolici, come tristezza - gioia, movimenti grandi - movimenti piccoli, forza - fragilità, etc. Più vasti e completi sono i repertori a disposizione dell'individuo, più egli avrà la possibilità di muoversi ed esprimersi liberamente a seconda delle circostanze e dei

propri desideri. La pienezza della vita consiste proprio nella capacità di fluire liberamente nelle diverse modalità che caratterizzano ogni funzione (Rispoli, 2016).

La vita piena e il sano funzionamento, secondo questo approccio, risiederebbero proprio nella capacità di raggiungere l'intensità in ciascuno dei diversi poli, nella consapevolezza che "non esiste un polo buono e uno cattivo ma entrambi danno un significato profondo all'esistere" (Rispoli, 2004, p. 59).

Ogni funzione può, dunque, essere analizzata in termini di *ampiezza*, ossia la diversa sfumatura che ogni funzione può assumere nel suo continuum (es. movimento lento - veloce), in termini di *modularità*, ossia la capacità di saper stare per un tempo sufficiente su ciascuna polarità e dunque sapersi spostare da una polarità all'altra in modo graduale, senza forzature e, infine, in termini di *mobilità* intesa come capacità di passare velocemente da una polarità all'altra in base alle circostanze (Rispoli, 2004; Dalle Luche & Rosin, 2016).

Poiché ciascuna EBS si configura come una costellazione di diverse funzioni, ognuna in una precisa posizione, in ultima analisi, la capacità di passare da un'Esperienza di Base all'altra consiste nel cambiare le funzioni nelle varie gamme in modo efficace a seconda dei contesti (Rispoli, 2004).

Inoltre, così come le Funzioni, anche ciascuna Esperienza di Base può esprimersi lungo polarità opposte, e anche in questo caso risulta necessario sottolineare come la pienezza e la salute nella vita si raggiunga proprio nella capacità di sapersi muovere lungo i suoi diversi poli, in quanto, anche in questo caso, non si tratta di polarità antitetiche ma, al contrario, più sarà sviluppata e piena una polarità, più lo sarà anche l'altra (Rispoli, 2016). Perciò, ad esempio, più sarà presente nella persona la polarità della durezza, più si manifesterà in modo pieno e vero anche la tenerezza; una persona che presenta solo la polarità della tenerezza non sarà veramente tenera, ma darà l'idea di un qualcosa di inconsistente, con una tenerezza che potrebbe suonare falsa (Rispoli, 2016).

Tutto ciò può essere, dunque, racchiuso nel concetto di Legge funzionale delle *Polarità* e delle gamme di funzionamento, ossia della presenza di tante sfumature che vanno da una polarità all'altra a seconda delle circostanze. Finché sono rintracciabili capacità di *mobilità* e *integrazione*, la persona sarà in grado di spaziare e dunque di "funzionare bene", ossia utilizzare appieno le EBS che desidera nelle diverse circostanze (Rispoli, 2016).

### 3.2.3 *Le Alterazioni del Sé*

Dunque, se ciascun Funzionamento di fondo è costituito da precise Funzioni che lo determinano e ciascuna funzione si modifica scegliendo la polarità efficace per quel contesto, nel momento in cui una funzione non rispetta la modalità che dovrebbe avere all'interno del funzionamento richiesto, si può parlare di alterazione. Quest'ultima viene, dunque, intesa proprio come risposta inefficace dell'individuo alle richieste ambientali (Dalle Luche & Rosin, 2017).

Si tratterà, quindi, di ripercorrere attraverso un percorso psico-terapeutico le Esperienze di Base alterate o carenti, non con l'obiettivo di modificare la tendenza ad "attivazioni disfunzionali", ma con lo scopo di recuperare in modo preciso e mirato le Esperienze di Base alterate o carenti, *ri-attivando* le risorse esistenti del paziente (Rispoli, 2016).

In altre parole, la psicoterapia interviene restituendo pienezza ai vari Funzionamenti che, se lasciati nelle loro alterazioni, non permetteranno alla persona di sperimentare appieno le situazioni che lo riguardano. Quindi, ad esempio, se non verrà offerta ad un bambino la possibilità di sperimentare l'EBS Amore coi propri caregivers, obiettivo e compito terapeutico sarà proprio quello di poter riaprire e sviluppare tale funzionamento (Dalle Luche & Rosin, 2017).

In ultimo, ritornando al focus del lavoro, alla luce di quanto appena descritto, chi sperimenta un'incongruenza di genere trova nell'apparato epistemologico del Neo-Funzionalismo uno dei modelli clinici più efficaci, in quanto riesce a prendere in considerazione la persona nella sua interezza, rispondendo a quel bisogno di completezza dettato da un corpo verso cui la persona TGD non sente più di appartenere (Dalle Luche & Rosin, 2016). La presa in carico e l'accompagnamento di un'incongruenza di genere comporta infatti il superamento di una visione dicotomica che smembra la sfera corporea da quella soggettiva, al fine di poter comprendere al meglio il vissuto della persona, e il percorso di realizzazione del Sé. Nello specifico, il Neo-Funzionalismo considera il corpo della persona TGD come quella Funzione del Sé che rappresenta il disagio di non potersi esprimere, e dunque il desiderio di essere sé stessi, raggiunto nel momento in cui tutte le Funzioni in egual modo manifestano la globalità del Sé. Secondo questo approccio il disagio non risiede, quindi, nel corpo ma nell'incapacità di sentirsi sé stessi, e di vivere un Sé armonico (Dalle Luche & Rosin, 2017). La psicoterapia Neo-Funzionale, in questo

senso, non lavora su comportamenti o sintomi collegati alla propria identità di genere, ma piuttosto mira a lavorare sul Funzionamento multidimensionale della persona e sulle sue eventuali disarmonie (Rispoli, 2004).

### **3.3 Partecipanti**

#### ***3.3.1 L'Associazione Con-Te-Stare***

Considerate le diverse difficoltà, descritte nei capitoli precedenti, e il carico psicologico, fisico ed emotivo che affrontano le persone TGD e i loro caregivers, stanno emergendo in modo sempre più diffuso associazioni e strutture che offrono servizi e spazi a sostegno delle persone coinvolte in questa problematica, nell'ottica di un miglioramento della salute psico-emotiva delle persone con incongruenza di genere.

L'associazione Con-Te-Stare, sportello attivo transgender, con sede legale a Padova, in cui prende vita questo lavoro di tesi, viene creata proprio in quest'ottica, con l'obiettivo di realizzare uno spazio di ascolto, orientamento e supporto psicologico per le persone transgender.

L'associazione, come descritto nel suo statuto, si rifà alle linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG, [www.onig.it](http://www.onig.it)), e rientra, quindi, nella rete di centri di riferimento sparsi su tutto il territorio italiano, strutturando il proprio lavoro sui principi e sugli obiettivi portati avanti dall'ONIG, in termini di collaborazione tra realtà orientate all'approfondimento e alla diffusione a livello scientifico e sociale dei temi che riguardano il mondo trans.

L'associazione Con-Te-Stare costruisce il suo lavoro in un'ottica di rete e multidisciplinarietà e raccoglie al suo interno soci volontari con formazioni diversificate, con lo scopo di sostenere e accompagnare le persone TGD nel percorso di affermazione in tutti i suoi passaggi, e promuovere e diffondere un certo modo di relazionarsi e considerare il mondo T.

L'associazione è stata fondata nel 2019 dalla Dott.ssa Rosin, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale, nonché docente della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale Corporea (S.E.F), socia della Società Italiana Funzionale (S.I.F) e presidente dell'associazione stessa, insieme ad altre psicologhe e psicoterapeute con la stessa formazione. Il loro

lavoro viene, inoltre, portato avanti in collaborazione con professionisti associati di vario tipo quali psichiatri, endocrinologi, avvocati, attivisti, che lavorano in modo congiunto per fornire un sostegno il più completo possibile durante il percorso di Affermazione di Genere. Ha inoltre un contratto di collaborazione firmato con L'Azienda Ospedaliera di Padova, nello specifico con il reparto di endocrinologia, e una convenzione per "Attività di ricerca sui temi della salute di persone TGD" con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università di Padova, rappresentata dalla direttrice del dipartimento, professoressa Alessandra Simonelli (Rosin, 2023).

Le principali attività portate avanti dall'associazione riguardano il sostegno psicologico alle persone che stanno affrontando un percorso di affermazione, più gruppi di sostegno, così come iniziative o incontri su questo tema.

### ***3.3.2 Il gruppo Con-Te-Siamo***

Di fronte alla crescente richiesta di sostegno da parte delle famiglie dei ragazzi TGD e dunque alla necessità di spiegare, sostenere e accompagnare nell'accettazione della nuova condizione di vita dei figli, Con-Te-Stare ha deciso di avviare un ciclo di incontri di gruppo rivolti specificatamente a questi genitori. Il ciclo di incontri, vista l'esigenza e la presenza si è trasformato ad oggi in un gruppo continuativo.

Questi incontri nascono con l'idea di creare uno spazio di ascolto, apertura e condivisione, spazio protetto ed autentico, dedicato alle famiglie, nella convinzione basata sull'esperienza clinica e sulla letteratura che, così come il principio dei vasi comunicanti, laddove è presente una famiglia salda, coesa e sicura, le sfide e i cambiamenti della vita verranno affrontati da ciascun componente in modo più sereno. E specificatamente nel caso dell'incongruenza di genere, così come è stato descritto nel capitolo precedente, questo fenomeno risulta lampante.

Il gruppo di genitori si struttura come un gruppo aperto e gratuito, coordinato e gestito dalla psicoterapeuta Funzionale e docente S.E.F, Dott.ssa V. Cincotto, affiancata nella gestione organizzativa da alcune tirocinanti afferenti all'Associazione. Il primo ciclo di incontri avvenuti con una cadenza trisettimanale o mensile è iniziato nel novembre 2022 ed è terminato nel luglio 2023, per un totale di dieci incontri.

Il gruppo genitori, che nel corso degli incontri acquisisce un'identità sempre più definita scegliendo di chiamarsi gruppo "Con-Te-Siamo", si sviluppa con l'obiettivo di creare un'opportunità di spazio per condividere esperienze, paure, dubbi e risorse, con l'offerta di un sostegno emotivo e consigli pratici. L'intento è quello di creare legami, limitando il senso di isolamento, confusione e perdita che spesso i genitori affrontano. Inoltre, il gruppo genera occasioni per la formulazione di riflessioni o idee allo scopo di sensibilizzare e sviluppare iniziative sul territorio all'interno delle quali i genitori potranno offrire testimonianze dirette e indirette della loro esperienza.

I genitori che hanno partecipato al progetto, per via delle caratteristiche di apertura e gratuità con cui erano stati impostati gli incontri, erano di numero variabile: dalla trentina nei primi incontri, a dieci/quindici sempre presenti a ciascun incontro nei giorni meno frequentati. I genitori, inoltre, potevano partecipare agli incontri in presenza, così come collegandosi in remoto attraverso la piattaforma Google Meet.

Mediamente c'erano una ventina di partecipanti per ciascun incontro, di età compresa tra i 40 e i 65 anni, tutti residenti in Veneto. Sono genitori di una decina di ragazzi AFAB e altrettante AMAB, di un'età compresa tra i 13 e i 28 anni di età. Alcuni dei ragazzi più grandi per età anagrafica sono più avanti nel percorso di Affermazioni di Genere e hanno già avviato la TOS da alcuni anni, altri sono seguiti a livello psicologico ma non hanno ancora avuto accesso alla terapia ormonale, o ancora sono troppo piccoli per poterla iniziare.

Alcuni dei genitori sono venuti a conoscenza del progetto poiché indirizzati dalle psicoterapeute di Con-Te-Stare che seguono i loro figli nel percorso di Affermazione di Genere, altri hanno conosciuto il gruppo autonomamente cercando informazioni sul web poi chiarite durante un contatto telefonico o videochiamata con la presidente dell'Associazione.

Ciascun incontro durava due ore ed era strutturato sulla base di un tema o spunto di riflessione proposto dalla psicoterapeuta sul quale poi si sviluppavano gli interventi, facendo in modo che tutti, almeno una volta, prendessero parola.

Infine, contestualmente alla presa visione e alla firma del consenso informato, ciascun incontro è stato registrato e successivamente trascritto, creando così il materiale su cui è stato poi svolto il lavoro di analisi qualitativa.

L'intera procedura dello studio è stata approvata dal comitato etico della ricerca psicologica dell'Università degli Studi di Padova (protocollo n. 3962).

### **3.4 La metodologia di Analisi dei Dati**

L'analisi qualitativa dei trascritti è condotta utilizzando la metodologia di Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006). Questa procedura è stata applicata per l'analisi del trascritto di tutti i dieci incontri, attraverso il software di analisi qualitativa Atlas.ti.

L'obiettivo principale è stato quello di rintracciare e analizzare alcune Esperienze di Base del Sé coinvolte nel vissuto di questi genitori, con l'obiettivo di illustrare una lettura Neo-Funzionale di tale esperienza.

L'analisi tematica scelta è una metodologia di analisi a-teoretica, e dunque indipendente dagli approcci teorici ed epistemologici di riferimento specifici e ciò offre il vantaggio di poter essere utilizzata all'interno di cornici teoriche differenti (Braun & Clarke, 2006). È, inoltre, importante specificare, prima di passare alla descrizione della struttura metodologica di questo processo, che l'analisi tematica ha richiesto di tenere presente alcune considerazioni preliminari per adattare la procedura di analisi al progetto di ricerca. Queste scelte si riferiscono, ad esempio, all'individuazione della tematica, ossia a quale aspetto significativo all'interno dei dati catturare. È necessario, poi, definire la tipologia di descrizione dei dati da riportare. Questa scelta determina la possibilità di fornire una descrizione generale che offra un senso di insieme dei dati, oppure la possibilità di approfondire un aspetto particolare in relazione al costrutto teorico di riferimento, o ancora, definire se si tratta di un'analisi deduttiva o induttiva (Braun & Clarke, 2006).

Nel caso del presente studio, l'analisi è stata strutturata con lo scopo di identificare tematiche specifiche definite sulla base della domanda di ricerca e la strategia di analisi portata avanti è stata di tipo deduttivo, in quanto guidata dalla domanda di ricerca preliminare.

### 3.4.1 Le fasi dell'analisi tematica

Prima di descrivere le varie fasi che caratterizzano l'analisi tematica, è bene sottolineare che tale processo non sia immaginabile come lineare, come un semplice passaggio da una fase all'altra, bensì sia caratterizzato da continui movimenti di andata e ritorno, a seconda delle necessità, tra i vari passaggi. Non si tratta, infatti, di una metodologia rigida, e le linee guida devono essere seguite in modo flessibile per adattarsi al meglio alle domande e ai dati della ricerca (Patton, 1990). Alcune di queste fasi, inoltre, non sono specifiche ed esclusive dell'analisi tematica, ma ricorrono in altre tipologie di analisi qualitativa (Braun & Clarke, 2006).

Andiamo ora a descrivere le varie fasi entro cui si sviluppa il processo di Analisi tematica.

1. *Familiarizzazione con i dati*: svolgendo un'analisi qualitativa ci si può trovare di fronte a dati raccolti autonomamente o forniti da altri. Indipendentemente dalla loro origine, è importante immergersi a fondo in essi. Questo processo coinvolge solitamente una lettura ripetuta e attiva dei dati, cercando significati e modelli. Inoltre, prima di iniziare la codifica dei dati, è consigliabile leggere l'intero dataset almeno una volta, poiché durante questa lettura potrebbero svilupparsi possibili idee o modelli e si arriva ad acquisire una visione completa dei dati. Questa fase richiede parecchio tempo, ma, nonostante ciò, è sconsigliabile essere selettivi o sbrigativi in quanto essa costituisce la base per il resto del lavoro. Potrebbe essere vantaggioso, infine, annotare idee o appunti da utilizzare per la codifica nelle fasi successive (Braun & Clarke, 2006).

Nel caso del presente studio, la familiarizzazione con i dati è avvenuta attraverso l'ascolto, la trascrizione e la rilettura del materiale emerso in ciascun incontro.

2. *Generazione dei codici iniziali*: conclusa la familiarizzazione con i dati e lo sviluppo di possibili idee o considerazioni su di essi, si può passare alla creazione dei primi codici. La fase di codifica è fondamentale in quanto consiste nell'organizzare i dati in gruppi significativi (Tuckett, 2005). In ogni caso è bene distinguere i dati codificati dalle unità di analisi, ossia i cosiddetti temi, che solitamente sono più ampi. Inoltre, durante questa fase è consigliabile cercare di codificare il maggior numero di potenziali temi, tenendo presente che potrebbero



risultare pertinenti in un secondo momento. Ciascun estratto che viene sottolineato potrà essere o meno codificato, anche una o più volte (Braun & Clarke, 2006).

Questa codifica può essere svolta manualmente o attraverso l'uso di un software, come nel caso del presente studio. Utilizzando, infatti, il software Atlas.ti, il lavoro sul testo è stato strutturato attraverso un percorso deduttivo che partiva dalla cornice teorica di riferimento, ovvero sono stati creati codici per identificare i vissuti significativi relativi ad alcune Esperienze di Base del Sé, selezionate precedentemente, poiché ritenute significative nel vissuto dei genitori che hanno partecipato. In altre parole, sono state formulate specifiche domande da applicare al corpus di dati, come ad esempio: "Come si presenta l'EBS Condivisione?", "Ci sono polarità più presenti di altre?" etc. Queste domande sono dunque servite per creare i codici specifici per ciascuna EBS da ricercare all'interno dei tracciati.

3. *Definizione dei temi*: questa fase trasporta il lavoro ad un livello successivo di codifica in quanto ciascun codice viene ordinato, organizzato e accomunato andando a costituire le prime unità di significato o temi. Alcuni codici potrebbero, infatti, costituire un tema a sé o incasellarsi come sotto-temi di un macro-tema più ampio. In questa fase risulta utile la realizzazione di rappresentazioni visive, come mappe o tabelle, che offrono una restituzione più chiara dei temi individuati. Al termine di questo lavoro si dovrebbe, infatti, ottenere un quadro generale dei vari temi e di come questi si intersecano e si sviluppano nel corso dei vari tracciati.
4. *Revisione dei temi*: questa fase è definibile come lo step dedicato al perfezionamento del materiale raccolto. Si procede, dunque, andando a selezionare, ampliare o eventualmente modificare tutti quei temi che appaiono privi di materiale a loro sostegno, o molto simili tra loro e quindi accorpabili in un unico tema. Per fare ciò si passa da una fase di correzione degli estratti di testo codificati e raggruppati per tema (in questo passaggio viene verificato, infatti, che ogni tema sia coerente con i codici che contiene) ad una fase di revisione dell'intera mappa tematica.

5. *Definizione finale dei temi*: conclusi i passaggi precedenti, si prosegue con una migliore definizione dei temi individuati che verranno poi presentati in fase conclusiva.
  
6. *Produzione del rapporto*: l'ultima fase del lavoro consiste nella stesura del rapporto, ossia nell'esplicitazione e descrizione dei risultati raccolti. Questa fase non solo deve fornire una descrizione chiara e coerente del lavoro che è stato svolto, ma, per ottenere un resoconto efficace, è necessario andare oltre la mera descrizione e argomentare i propri risultati in relazione alla domanda di ricerca, arrivando così alla formulazione di una narrazione coerente e solida che non solo descriverà i dati, ma fornirà anche una spiegazione coerente e comprensibile del fenomeno preso in esame.

## Capitolo 4

---

### Risultati

Per meglio introdurre i risultati dell'analisi che si andranno a sviluppare nei successivi paragrafi, risulta più proficuo, ai fini della comprensione, ricapitolare gli obiettivi e i presupposti della ricerca.

Questo lavoro mira, dunque, a delineare una descrizione Neo-Funzionale dei vissuti e dei bisogni emergenti di questo gruppo di genitori. Sono stati analizzati, infatti, attraverso la metodologia di Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006), i trascritti degli incontri del gruppo Con-Te-Siamo, gruppo di sostegno e condivisione composto da genitori di persone TGD che spontaneamente hanno voluto prendere parte a questo ciclo di dieci incontri, avviati e condotti dall'associazione Con-Te-Stare. Nello specifico, l'analisi tematica è stata compiuta, utilizzando il software Atlas.ti, con l'obiettivo principale di individuare le EBS più significative che emergono dalle parole di questi genitori e le loro possibili alterazioni, andando così a delineare una sorta di "fotografia", scattata attraverso la "lente" Neo-Funzionale, del loro sentire.

Inoltre, si cercheranno di individuare eventuali cambiamenti nella manifestazione delle diverse EBS, con l'obiettivo di osservare il loro andamento nel corso degli incontri, per mettere in luce il peso che la sola condivisione e percezione di vicinanza e sostegno da parte di chi è nella stessa condizione può comportare.

Tutto ciò verrà descritto nella consapevolezza dei limiti che la configurazione e strutturazione del gruppo pone. I cambiamenti osservabili, per le caratteristiche del gruppo stesso, non possono essere confrontati con quelli riscontrabili in un gruppo di psicoterapia strutturato e mirato al trattamento di determinate EBS alterate, individuate sulla base di un progetto terapeutico specifico. Tuttavia, anche solo attraverso la condivisione e il sostegno reciproco, uniti al lavoro personale che ogni genitore svolge, è possibile osservare un impatto significativo sull'individuo, come dimostra la letteratura precedentemente menzionata.

Nei seguenti paragrafi verranno presentati i risultati dell'Analisi Tematica di Braun e Clarke (2006). Verranno descritte le EBS che si manifestano con una maggior consistenza, e per ciascuna, verrà fornita una prima descrizione teorica, seguita dalle

tematiche estrapolate dal corpus di trascrizioni, rappresentative della manifestazione delle stesse. Saranno, quindi, mostrati alcuni stralci esemplificativi di discorso da cui sono state individuate le tematiche relative alle varie EBS osservate.

È bene specificare, inoltre, che ciascuna manifestazione di EBS, in quanto tale, è formata da una precisa costellazione di Funzioni del Sé appartenenti ai diversi piani psico-corporei precedentemente descritti. In questo senso, si è data una maggiore importanza al piano cognitivo-simbolico che, chiaramente, è quello più facilmente catturabile attraverso un lavoro di analisi tematica compiuto su trascrizioni. Tuttavia, per raggiungere una maggiore completezza e correttezza del lavoro, le trascrizioni degli incontri sono state integrate, nel corso dell'analisi, con report prodotti durante le sedute stesse, riguardanti postura e forma, con l'obiettivo di prendere in considerazione il Sé gruppale e la persona nella sua quasi totalità.

#### **4.1 Sensazioni**

Il gruppo delle EBS delle Sensazioni racchiude al suo interno tutte quelle capacità che riguardano il percepire sé stessi e il mondo che ci circonda, quali l'EBS delle Sensazioni, del Percepire il mondo e la realtà, e lo Stupore, ossia la meraviglia di cogliere il non noto nel noto (Rispoli, 2016).

##### ***Sensazioni (sentirsi, conoscersi)***

Questa Esperienza di Base si configura come il principale mezzo che l'uomo ha per orientarsi nel mondo. È, infatti, sulla capacità di Sentire il proprio organismo e le sue reazioni agli avvenimenti o alle diverse situazioni che la persona capisce cosa fare o cosa scegliere. Così come è stato teorizzato nei paragrafi precedenti, questa Esperienza di Base del Sé abbraccia l'intero funzionamento umano e, dunque, la capacità di Sentirsi riguarda il saper *concettualizzare*, collocare e dunque fornire un *valore* e un significato ben preciso a tutto ciò che deriva dai nostri recettori interni, confrontando ciò che arriva dai *muscoli*, dal *movimento*, dalle *posture* etc. con il ricordo di altre sensazioni più o meno simili (Rispoli, 2004).

Questa capacità si può sviluppare in modo alterato nel momento in cui il bambino non impara ad entrare in contatto con il proprio sentire, poiché circondato da un contesto in cui il genitore soffoca o interpreta in modo erroneo le proprie sensazioni o quelle del

figlio. Accade, inoltre, che le sensazioni più forti e difficili da gestire vengano soffocate con l'obiettivo di non sentire troppo dolore. Questo meccanismo finisce, però, col diventare mal adattivo in quanto assieme alle sensazioni negative vengono bloccate e seppellite quelle vitali positive (Rispoli, 2004).

Di fronte alla condizione dei propri figli, fin dal primo incontro i genitori riportano una variegata commistione di modi di essere.

Le principali sensazioni, estrapolate dai trascritti, riguardano la sensazione di *solievo* legato al *“non vederla più soffrire, non vederla più stare male, con quel cappuccio in testa, tutta trasandata, che non si lavava neanche”* (madre, AFAB 20 anni).

Come una spugna, sembra quasi che ciascun genitore assorba il sentire del proprio figlio. *“Vedere lui star bene, fa star bene anche me”* (madre, AFAB 20 anni). In tanti ripetono questa frase, quasi come un mantra. E' liberatorio *“capire cosa portava malessere e quindi vedere che adesso è più sereno mi fa stare bene”* (padre, AMAB 17 anni). Allo stesso tempo, viene espresso *solievo* di fronte alle problematiche e alle testimonianze condivise dal gruppo stesso, definite come un qualcosa che *“rincuora”*, *“una boccata d'aria che mi ricarica”* (madre, AFAB 20 anni), tematica, quella della condivisione, che approfondiremo anche in seguito.

Fin dai primi incontri c'è chi riporta *fatica* dettata dal doversi rivolgere al proprio figlio con un genere diverso, c'è chi lo definisce uno *“sforzo enorme”*, una cosa *“strana e faticosa a livello emotivo”* (madre, AMAB 20 anni).

Di fronte alla condizione di Incongruenza dei propri figli, alcuni genitori raccontano, soprattutto nei primi mesi dopo il coming out, di una sensazione di *confusione*, che coinvolge tutti i piani di funzionamento: *“I primi mesi sicuramente non è stato facile: preoccupazioni, giramento di capo, insomma, non capivo bene se... un po' entri in un mondo... anche se comunque venivo da un passato in cui si sapeva che c'era questo suo essere”* (padre, AMAB 15 anni).

C'è chi riporta questo stesso sentire di fronte al non riuscire a fidarsi di ciò che i figli lamentano, genitori che si trovano confusi e *“fluttuanti”* in una *“fase di mezzo”*, *“che non riesco proprio a capire se la cosa è reale”* (madre, AFAB 15 anni). O al doversi scontrare con identità sessuali complesse e non lineari, anni luce lontane

dall'immaginario cis-etero-normato con cui la loro generazione è cresciuta. Da ciò, sono rintracciabili goffi tentativi di comprensione, per cui *“mi colpisce il fatto che lei vorrebbe essere maschio, però come maschio vorrebbe essere gay... cioè c'è tutta questa confusione che nella mia testa non riesco a sciogliere”* (padre, AFAB 15 anni).

Nel pensare alle ingiustizie e alle violenze transfobiche legate a fatti di cronaca, emerge il senso di *impotenza* e la *rabbia*, che verrà meglio approfondita in seguito, questioni *“che mi fanno venire il sangue al cervello*, afferma bruscamente un padre (padre, AMAB 15 anni).

Nel decimo e ultimo incontro si parla, infine, per la prima volta, di *tranquillità*: *“Io sono talmente tranquilla che mi scivola tutto”* – afferma una madre – *“Io so quello che sto facendo, so che P. sarà una persona felice perché comunque ha supporto familiare e quindi...”* (madre, AFAB 17 anni). Si percepisce come la maggior parte di questi genitori si siano adattati a questa condizione, ne abbiano accettato la complessità e l'abbiano integrata nella loro normalità, per cui *“per me adesso è tutto normale, sono tranquillo e sereno”* (madre, AFAB 20 anni).

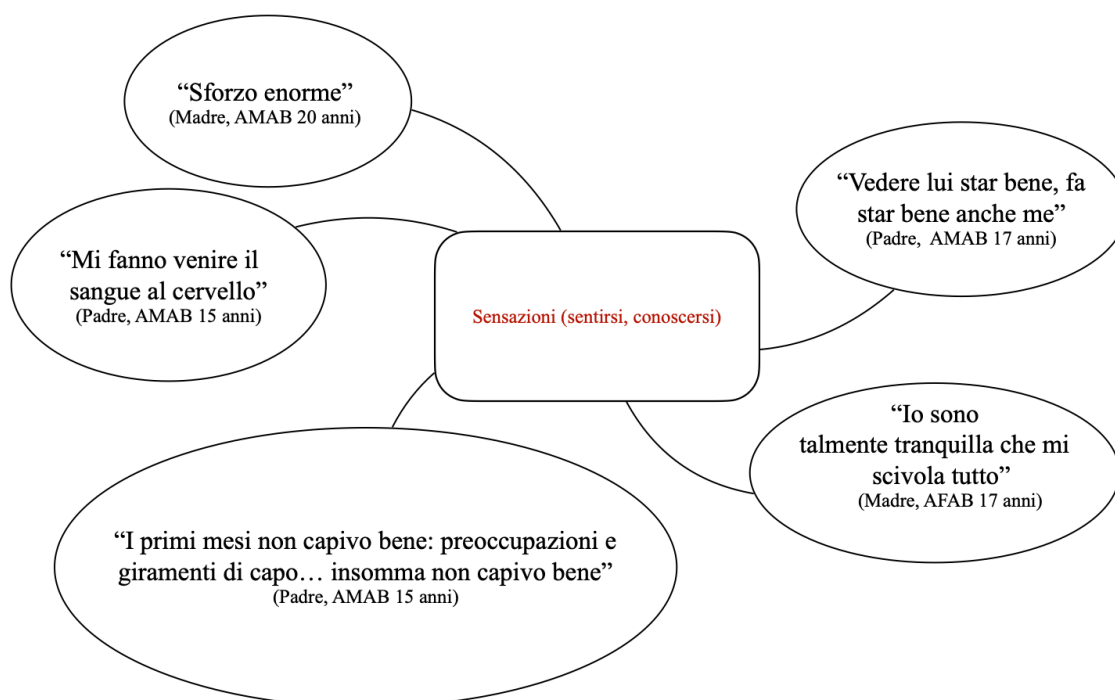


Figura 5. Mapa Tematica dell'EBS Sensazioni (sentirsi, conoscersi).

***Percepire (percepire l'altro, la realtà, percezione ampia o concentrata, esplorare)***

Alla base del funzionamento adattivo dell'uomo e del suo successo nella vita si struttura l'incredibile capacità di cogliere e percepire i segnali che provengono dalla realtà esterna. Questa fondamentale capacità si sviluppa, da un lato, incasellando e classificando immediatamente ciò che giunge ai nostri sensi come un qualcosa di noto, capacità che ci "semplifica il lavoro". Ci permette, così, di non dover ogni volta decifrare tutti i dettagli delle nostre percezioni, ma di essere veloci ed efficienti nella comprensione del mondo circostante (Rispoli, 2006). Spesso, infatti, basta una parola o un suono per comprendere già di cosa si parla o che cosa si ascolta. Analizzare ogni volta tutti i dettagli percettivi per poterci orientare nel mondo sarebbe, infatti, disastroso e faticoso. Allo stesso tempo, però, la capacità di cogliere il "nuovo" in ciò che ci circonda e che ci sembra completamente conosciuto è alla base della creatività (Rispoli, 2006). I sensi ci trasmettono, infatti, una grande ricchezza di segnali affascinanti, diversi e multiformi, e coglierli e saperne leggere la bellezza è uno dei meccanismi alla base di una vita piena (Rispoli, 2004). Percepire in questo senso, non si limita al sentire, ma al prendere consapevolezza del mondo sensoriale, con una certa dose di soggettività, dettata dalle coloriture emozionali che ciascun individuo attribuisce a ciò che lo circonda. Percepire diventa, dunque, una capacità essenziale nella vita in quanto ci permette di valutare le situazioni e agire senza commettere errori troppo gravi o incorrere in grandi o inaspettate delusioni (Rispoli, 2004).

Dai risultati dell'analisi tematica emerge come nel corso degli incontri le varie manifestazioni dell'EBS Percepire si siano orientate su due macro-tipologie di osservazioni: il percepire il mondo e la realtà che ci circonda, e dunque la società, la politica, il lavoro etc. e la percezione della condizione del proprio figlio.

*Percepire la realtà*

La società in tutte le sotto-strutture che la compongono, dalla politica, al lavoro, alla scuola, viene percepita e raccontata all'interno del gruppo come *ostile e spaventosa*. Fin dal primo incontro si parla di "governo che mi spaventa" (*madre, AFAB 18 anni*), si racconta di una società che terrorizza, in cui "ho paura di quello che lo aspetta, ho paura

della società, delle persone che lo circondano” (madre, AMAB 20 anni). Si parla di una società chiusa, non capace di cogliere ed accettare la condizione del proprio figlio e un genitore afferma: “La cosa più grande per me è la società in cui viviamo. Dal mio punto di vista non è ancora pronta ad accettare cose di questo tipo, anche se tutti parlano, però alla fine, secondo me, la gente non è pronta” (madre, AMAB 20). O ancora: “Si fa fatica a trovare corrispondenza, a trovare magari un po’ di empatia nelle altre persone”, “non riesco a trovare appoggio, anzi mi mettono addosso dei dubbi ai quali io, in questo momento, non ho gli strumenti per rispondere” (madre, AFAB 15 anni).

Ritornano in modo ricorsivo termini come “scoglio”, “rifiuto”, “malignità”, “diversità che disturba”.

I genitori raccontano di aver trovato difficoltà nel proprio ambiente lavorativo considerato “bigotto”, o in alcuni contesti scolastici descritti con “lì veramente siamo nel medievale per quanto riguarda l’apertura mentale” (madre, AFAB 18 anni), e c’è chi ha sottolineato di aver percepito una mentalità “non molto aperta per certi argomenti” anche tra i propri familiari (madre, AMAB 23)

Nei confronti dei media e dell’immagine stereotipata delle persone TGD che viene narrata da questi canali, emergono nei genitori insofferenza e fastidio, in quanto viene percepita un’immagine falsata che spesso non corrisponde alla loro realtà e al figlio che vedono crescere, “quella distanza dall’assoluta normalità delle famiglie con figli in transizione e l’immagine di persone malate, o in un certo senso perverse, che viene veicolata da certi ambienti” (madre, AFAB 15 anni). Una madre, inoltre, afferma: “Io personalmente quando vedo certe trasmissioni mi arrabbio, come genitore dico: mia figlia non è questo” (madre, AMAB 15 anni). O ancora: “Lo stereotipo che stanno facendo della persona trans... intanto non mettono in mostra che è una persona, non un modello di stile di vita, ma una persona” (madre, AMAB 19 anni).

Accanto a ciò, ritorna l’impotenza, già citata precedentemente, legata alla percezione di ingiustizia e mancanza di tutela, per cui, di fronte a una stessa violenza, una madre percepisce vittime di serie A e vittime di serie B, affermando “queste cose [in riferimento ad episodi di violenza verso persone TGD] vengono bloccate in breve tempo e nessuno ci pensa più. Questa è la cosa drammatica perché è come se fossero situazioni diverse” (madre, AMAB 19 anni).



Alcuni genitori riportano la parola “*distanza*” nei confronti dei servizi medici, nello specifico in riferimento al medico di base, su cui in passato si sono appoggiati. “*Insomma c’è molta ignoranza e mancanza di conoscenza a livello professionale ma anche a livello proprio di esperienza*” (madre, AFAB 14 anni), “*essere in questa situazione in cui io devo spiegare a lui... ho capito quanto siamo distanti proprio*” (madre, AFAB 17 anni). Questa stessa “*distanza*” viene avvertita anche tra la loro generazione, la generazione adulta, e i giovani di oggi, percepiti come “*più pronti degli adulti*”, e “*pronti a vivere in una società che sta cambiando rapidamente*”. Le nuove generazioni sembrano, infatti, dotate di più strumenti e dunque “*molto più fortunate*”, in quanto “*riescono a capire, gestire e comprendere questa cosa molto più facilmente*” (padre, AFAB 16 anni). Da ciò risulta ancora più urgente la necessità di un maggior sforzo da parte dei servizi per rispondere alle richieste della nuova utenza: “*Perché i professionisti di oggi non sono pronti ad affrontare l’utenza di domani. Nel senso che... vedo ancora tanta incomprensione tra giovani e adulti*” (madre, AFAB 14 anni).

Accanto a tutto ciò, c’è anche chi, tuttavia, riporta di aver percepito comprensione, ascolto e affetto tra amici e colleghi. Si evidenziano così anche tra i genitori del gruppo “*più indietro*” nel percorso di accettazione, e quindi più chiusi all’apertura con gli altri, i benefici che si possono trarre dal confronto. Questi benefici si configurano in termini di apertura reciproca e arricchimento che nascono dal confronto stesso, per cui: “*Ho sempre trovato condivisione e comprensione*” - afferma un papà - “*Tu dai una parte di te e dopo loro si aprono a loro volta e ti dicono: eh, ma sai che anche io... il mio amico, mio nipote, etc. Perché poi alla fine normalità qual è? Chi definisce cosa è normale?*” (madre, AFAB 20 anni). O ancora: “*Trovo molta accoglienza, molta stima nel dare ascolto a quello che è il percorso di mia figlia. Quindi dà forza anche a me quando vengo ascoltata e compresa*” (madre, AFAB 17 anni). Tuttavia, in molti sottolineano anche l’importanza di “*rizzare le antenne*”, valutando con attenzione chi si ha davanti, poiché “*con certe persone è impossibile parlarne*”, persone considerate “*fanatiche e integraliste*” e dunque “*da tagliare fuori*” (padre, AMAB 15 anni).

Infine, nei trascritti degli ultimi due incontri emerge per la prima volta anche la percezione di ammirazione dalle altre persone, ammirazione che si sostituisce ai “*muri*” inizialmente

percepiti. Una madre parla di *privilegio* e, in certi sensi, *invidia* percepita nella gente nei loro confronti, in quanto la vicinanza con persone TGD arricchisce, dà il coraggio di mettersi a nudo, poiché “ognuno di noi ha degli scheletri, messi in un modo o nell’altro ma ci sono. E quanti vorrebbero vivere all’aperto, in onestà quella che è la loro vita?!” (madre, AMAB 19 anni).

La percezione della realtà, non può, in ultima istanza, non emergere nel momento in cui all’interno del gruppo si entra in risonanza col vissuto emotivo degli altri membri. Alcuni genitori fanno accenno ad “un certo livello di sofferenza”, che emerge nei vissuti condivisi nello spazio protetto del gruppo. C’è chi percepisce lo stesso vissuto di fatica nelle parole degli altri e ciò ha la conseguenza di “farti sentire accolto e meno solo” (madre, AFAB 17 anni), uno stralcio di frasi in cui si possono rintracciare anche l’EBS dell’Alleanza, della Condivisione, così come quella dell’Essere visti e Compresi, tutte Esperienze di Base che verranno meglio analizzate nei prossimi paragrafi.

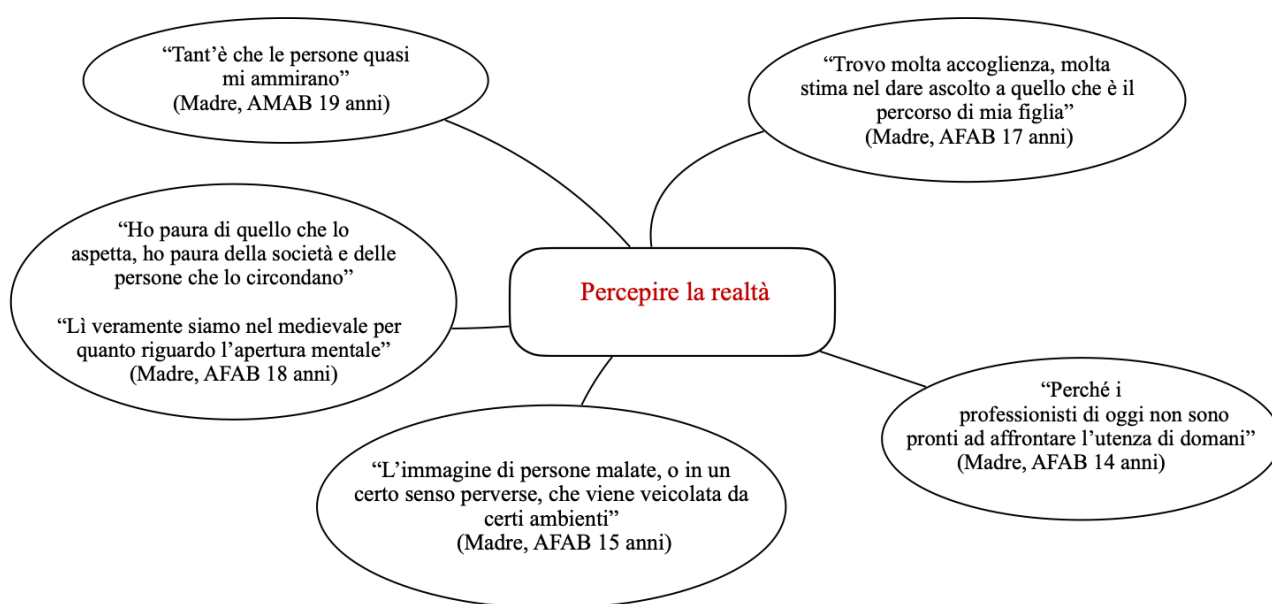


Figura 6. Mappa Tematica dell'EBS Percepire la realtà.

### *Percepire il proprio figlio*

Partendo dalla consapevolezza che in generale come genitore, soprattutto in pre-adolescenza e adolescenza, età di costruzione ed espansione del Sé, riuscire a sintonizzarsi in modo adeguato coi bisogni del proprio figlio è un lavoro delicato e

difficile, a maggior ragione, in una condizione di Incongruenza di Genere dove il nucleo identitario dell'individuo è alterato, risulta ancora più complesso (Rispoli, 2004).

Le tematiche emerse di fronte a questa EBS si sviluppano in una duplice direzione: le percezioni nei confronti dell'Incongruenza di Genere, e la percezione del figlio stesso nel corso dei nove mesi di incontri di gruppo.

Di fronte alla condizione di Incongruenza di Genere, alcuni genitori riportano fin dal primo incontro un certo grado di *negazione* e *dubbio*; viene messa in discussione l'Incongruenza di Genere, con una reazione accostabile, per certi versi, alla prima delle cinque fasi del lutto, formulate dal modello di Kubler-Ross (1969), descritto precedentemente. Si parla, infatti, di “capriccio” o “presa di posizione”: c'è chi afferma “*io trovo che mio figlio non abbia un approccio maschio alla vita [...], lui si sente maschio, ma ha una sensibilità che non è maschile*” (padre, AFAB 19 anni); una madre si definisce come “*molto dubbiosa e piena di domande*” (madre, AMAB 28 anni); chi percepisce il percorso di Affermazione di Genere “*come un coperchio per risolvere tutti i problemi*”, senza riuscire a vedere effettivamente il maschio che emerge dal figlio nato femmina (madre, AFAB 18 anni). Alcuni raccontano esplicitamente la propria difficoltà ad accettare, a “*credere che questa cosa sia reale*” (madre, AMAB 28 anni).

C'è chi, invece, in una fase di elaborazione maggiore, parla dell'Incongruenza come “*nuova nascita*”, “*in cui lei è diventata effettivamente lei*” (madre, AMAB 15 anni).

I figli, soprattutto nei primi incontri, vengono percepiti come “*aggressivi*”, “*distaccati*”: “*Come se avesse il bisogno di dimostrare il suo distacco dal femminile, anche distaccandosi dalla mamma*”, racconta una madre (madre, AFAB 16 anni). O ancora “*chiusi*”, “*come se fosse in attesa di capire di chi può fidarsi*” (madre, AFAB 17 anni).

Col proseguire degli incontri, frutto di un percorso individuale dei figli e dei genitori stessi, questo tipo di percezione viene sostituita con una di *serenità* e “*liberazione da ciò che si tenevano dentro*” (madre, AFAB 17 anni), una *stabilità emotiva* che li porta a “*non tagliarsi, e sentirsi più sicuri*” (madre, AFAB 17 anni), un'acquisita *sicurezza in sé stessi*. Un genitore sottolinea proprio la percezione del cambiamento dell'atteggiamento del proprio figlio, per cui “*se all'inizio lei era tipo uno zerbino della serie “faccio tutto quello che vuoi basta che non mi lasci” invece in versione maschile è diventato quello che voleva essere, quindi più sicuro di sé*” (madre, AFAB 16 anni).

La percezione di *sofferenza* è una costante nelle narrazioni dei genitori. Spesso è quella stessa sofferenza percepita e assorbita dai genitori stessi che porta ad aprire gli occhi e progredire nel percorso di accettazione. In questo senso una madre racconta proprio come il contatto con la sofferenza della figlia ad inizio percorso, e *“tutto il dolore che aveva tenuto nascosto”* le abbia fatto fare dei grossi passi avanti verso l'accettazione (*madre, AFAB 17 anni*). O ancora, c'è chi afferma che *“aver visto le sue sofferenze, le sue difficoltà, mi spaventa di più che non sapere di questa sua voglia, questo suo bisogno di fare questo cambio di genere”* (*madre, AFAB 20 anni*).

Dal racconto dei genitori emergono, dunque, descrizioni di figli come a formare un mosaico di modi d'essere: figli *sofferenti, sereni, aggressivi, forti, entusiasti, figli fragili, coerenti con sé stessi, figli sicuri di sé*. Alcuni genitori condividono la gioia di vederli finalmente liberi: *“Io per questo ragazzo vedo come una liberazione...”*, afferma un papà (*padre, AFAB 17 anni*). O semplicemente, la gioia di riuscire a vederli e basta, vederli nella loro bellezza, vederli veramente. *“Come nel film Avatar - racconta una madre - “mi piace un sacco quando si guardano i due protagonisti e lei dice: “Io ti vedo”. Ecco, mi dimentico delle ciglia finte, che sei truccata, mi dimentico che ti ho fatta in un modo e adesso sei in un altro, ma io ti vedo. Ti vedo e basta. E sei tu.”* (*madre, AMAB 15 anni*). In queste parole, inoltre, si può osservare anche la manifestazione dell'EBS dell'Amare, inteso come Portare dentro di sé l'altro sempre, riuscendo a vederlo nella sua bellezza, agendo per la sua felicità, senza indugio o senza domande, come nelle parole di un padre che afferma: *“Adesso gli dico sempre: “Noi ti amiamo. Io ti amo” e non metto in discussione mai niente di quello che sei”* (*madre, AMAB 22 anni*).

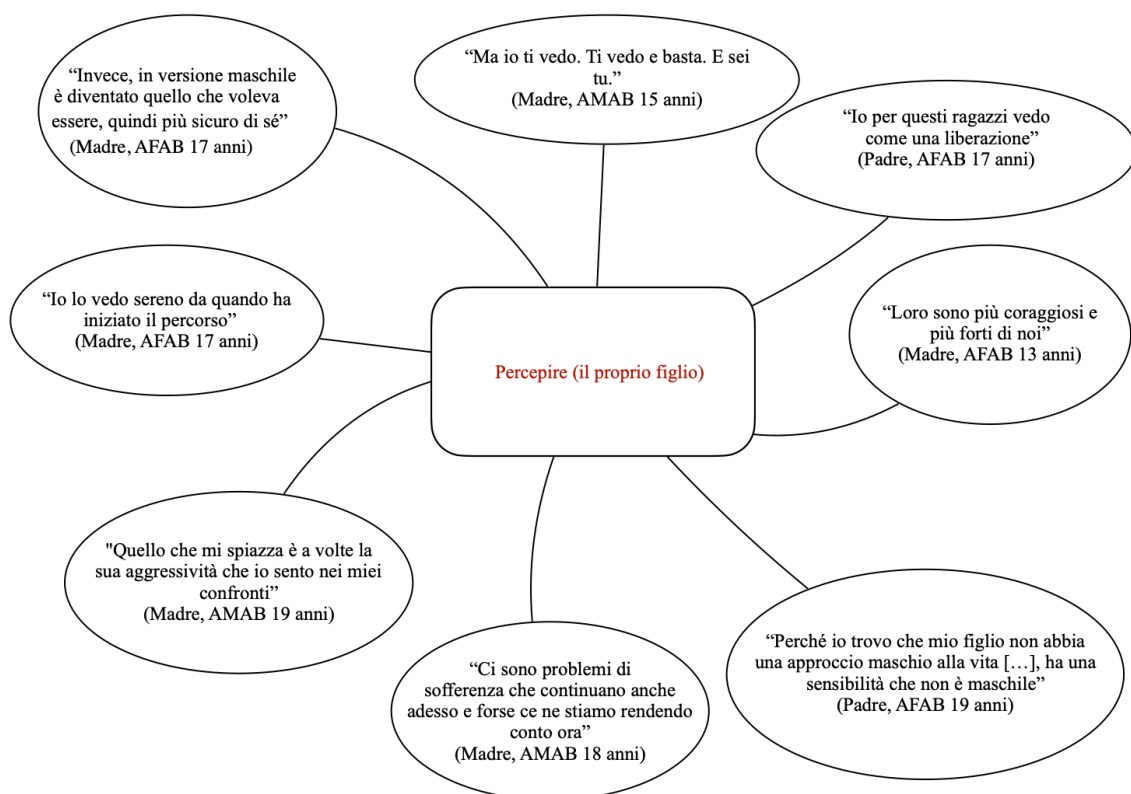


Figura 7. Mappa Tematica dell'EBS Percepire (il proprio figlio).

## 4.2 Condivisione e Considerati

Il gruppo delle EBS della Condivisione racchiude al suo interno tutte quelle capacità che riguardano la vita “sociale” dell’individuo, e dunque l’EBS Aprirsi, ossia il raccontare di sé, strettamente legato all’EBS Condividere, quindi co-interessarsi. Inoltre è presente l’EBS dell’Alleanza, legata al sentire l’altro dalla propria parte, e il Piacere All’Altro, ossia il migliorarsi per l’altro (Rispoli, 2016).

Secondo l’epistemologia Neo-Funzionale, il Sé, formato da tutti i piani e processi funzionali, alcuni dei quali già evoluti nel periodo prenatale, riesce ad entrare già in una fase embrionale in relazione con gli altri, a riconoscere la voce della madre e quella delle persone che vivono vicino a lei (Rispoli, 2016).

L’essere umano è concepito, infatti, come un “animale da branco” (Rispoli, 2004, p. 112), abituato a vivere sin dalla nascita in una stretta rete di relazioni di vitale importanza, con cui condivide il proprio mondo interiore, fatto di vissuti ed emozioni, pensieri e progetti. L’Apertura verso gli altri, e dunque il racconto di Sé e del proprio sentire, diventa la capacità alla base della Condivisione e, quindi, dell’eventuale Alleanza con l’altro, tutte

capacità e meccanismi che dovrebbero essere acquisiti e stabili nella propria vita e non legati a momenti straordinari o isolati (Rispoli, 2004).

Inoltre, per completare la “fotografia” Neo-Funzionale di questo gruppo di genitori, è bene specificare come la polarità opposta all’EBS dell’Aprirsi sia rappresentata dall’EBS dell’Essere Considerati, Visti, Ascoltati dal mondo (Rispoli, 2016). Capacità sviluppata grazie allo sguardo e all’ascolto delle persone che gravitano attorno al bambino e che consiste nella percezione di come si appare ad un occhio esterno, che alimenta il senso positivo di sé stessi. L’individuo, dunque, in questo senso, nel corso della vita, a seconda delle circostanze, sembra muoversi su un filo teso tra queste due polarità, l’apertura e la condivisione di Sé con il mondo, da un lato, e il venire considerati e capiti dallo stesso, dall’altro (Sturiale *et al.*, 2021).

Dagli incontri emerge come il gruppo delle EBS della Condivisione, così come l’EBS Essere Considerati, si manifesti attraverso un doppio piano di interlocutori: il gruppo stesso e il mondo esterno.

I genitori, fin dal primo incontro, aprono al gruppo le loro *perplexità* riguardo all’Incongruenza stessa: “*Io ho questa cosa che mi tormenta: potrebbe essere una moda al giorno d’oggi quella di sentirsi così, voler cambiare?*” (madre, AFAB 19 anni).

Vengono maggiormente condivise e confessate le *difficoltà* in quanto genitori: si lamenta un senso di *sovraccarico* e una *manca di spazi* dettata dall’essersi fatti carico, spesso in solitudine, dell’affiancamento del figlio nel percorso di Affermazione di Genere: “*Ha bisogno di essere accompagnato, ecco io mi ero sentita alla fine della scuola un pochino più libera e rilassata [...] e poi no, l’ho dovuto accompagnare. Dovremo accompagnarlo, non so per quanto tempo...*” (madre, AFAB 17 anni). O ancora: “*Io spero vivamente che lei si stacchi un po’ da me, io mi sento soffocata, quello sì, in questo momento mi sento soffocata da lei perché viviamo in casa e lei si aggrappa sul mio carattere*” (madre, AMAB 19 anni).

Ci sono poi la fatica e lo sforzo che stanno compiendo per *accettare il cambiamento* del figlio e pronunciare anche solo il nome d’elezione o appellarsi a lui o a lei con la declinazione del nuovo genere scelto. “*Nonostante io stia accettando la transizione di*

*mio figlio... un po' a fatica... non l'ho ancora chiamata con il "lei" ... faccio un po' fatica" (madre, AMAB 20 anni).*

Si parla di “*ferita narcisistica*” o “*ferita egocentrica*” da padre nei confronti del figlio AFAB (*padre, AFAB 17 anni*), ferita che ostacola il percorso di accettazione, segno, oltre che di un lavoro personale su di sé, di una messa in discussione del proprio comportamento e della volontà di condividerla, mettendosi a nudo.

Tuttavia, viene confessata anche una fatica slegata dal percorso di Affermazione di Genere, ma dovuta al dover banalmente interagire nella vita di tutti i giorni con figli nel pieno del periodo adolescenziale, definiti “*insopportabili*”, irascibili e con sbalzi d’umore (*madre, AFAB 15 anni*).

Oltre alle fatiche, vengono aperte e condivise col gruppo le proprie *paure*, in quanto genitore, in primis, e in quanto genitore di persona TGD.

Le maggiori paure sono, infatti, legate alla perdita del figlio o al percepire nello stesso un disagio tale per cui “*io ho paura che si perda mio figlio, non di perdere mio figlio*” (*madre, AFAB 18 anni*).

Si parla di paure legate alla parte medica del percorso di Affermazione di Genere, medicalizzazione che “*fa tanta paura*”, “*terapia ormonale e terapia chirurgica che mi spaventano*” (*padre, AFAB 15 anni*).

Emerge, inoltre, la *paura della colpa*. Il tema della colpa viene, infatti, citato nel racconto di conversazioni intrattenute con coetanei, insegnanti o genitori di amici dei figli, barricati nella convinzione che all’origine dell’Incongruenza di Genere ci siano i genitori stessi, con i loro comportamenti che sono sempre troppo o troppo poco: madri troppo maschiline o padri poco presenti.

Questa convinzione diffusa finisce per colpire inevitabilmente i genitori stessi che confessano di essere entrati in crisi di fronte a quest’idea. “*A me, ad esempio, dicevano che ero femminile e quindi lui [riferito al figlio TGD] andava verso il maschile*”, spiega una madre (*madre, AFAB 17 anni*). Un padre, invece, racconta: “*Mi ricordo un episodio della maestra dell’asilo che ci ha chiamati a colloquio dicendoci che il bambino non interagiva con i bambini ma solo con le bambine e che dovevamo fare qualcosa [...] mi sono sentito incolpato personalmente, perché “lei dovrebbe stare di più con suo figlio”, mi diceva*” (*padre, AMAB 15 anni*). Una mamma si è aperta col gruppo condividendo una sua paura legata all’aver potuto causare lei stessa l’Incongruenza poiché convinta di

avere una gravidanza gemellare: *“Non è che pensando ad un parto gemellare magari maschio e femmina...? Cioè è veramente cretino, è una cosa stupida da pensare, però io mi sono fatta un sacco di problemi. Magari desiderando una femmina...”* (madre, AMAB 20 anni).

Alcune madri raccontano, inoltre, del loro *senso di colpa* legato, invece, al non essersi accorte prima delle difficoltà dei figli, unito ad un grosso dolore per questa loro mancanza, per cui *“io non so se il bullismo era dovuto a questo”* - racconta una mamma - *“siccome i ragazzini a quell’età sono tremendi, vedevano già qualcosa di diverso, cosa che io non ho mai notato e per questo ho un senso di colpa pazzesco, perché una mamma avrebbe dovuto accorgersi di qualcosa.”* (madre, AMAB 20 anni); o ancora: *“Là mi è crollato il mondo. Da mamma non accorgersi, non capire, che c’era un problema di questo tipo... porca miseria... ma possibile che non ti sei resa conto!?”* (madre, AMAB 20 anni).

Infine, negli ultimi incontri è possibile rintracciare l’EBS dell’Aprirsi in interventi in cui non si parla dei figli o dell’Incongruenza di Genere, ma di paure e traumi personali legati a storie passate di violenza, raccontate anche per la prima volta, ed emerse grazie alla dimensione di sicurezza, ascolto e sostegno che un gruppo di questo tipo può offrire.

Inoltre, le EBS dell’Apertura e della Condivisione si possono rintracciare non solo verso il gruppo stesso, ma anche nei confronti della realtà esterna. In tanti genitori condividono con gli altri membri del gruppo la gioia e la serenità che derivano dal raccontare agli altri la condizione dei propri figli, definendo la confidenza come *“un regalo prezioso”*.

Oltre a questi genitori, c’è chi manifesta la propria volontà di Apertura al mondo, contrastata e dunque alterata dal volere dei figli stessi: *“Questo fatto di non poterne parlare pubblicamente mi dà molto fastidio. Cioè, io vorrei poterne parlare, anche a costo di trovare dei respingimenti, però visto che mia figlia non ne vuole parlare, non se ne parla”* (madre, AMAB 28).

Si mette in luce la difficoltà ad Aprirsi in certi ambienti, per cui *“a scuola è più facile poiché compagni e insegnanti sono di mentalità più aperta, ma sul posto di lavoro ci tocca far silenzio”*, racconta una mamma (madre, AMAB 23). Viene sottolineata da alcuni



non solo la volontà di aprirsi con gli altri, ma la necessità di farlo per normalizzare il tema: *“Io mi ci metterei in prima fila con tanto di nome e faccia perché credo che... bisogna proprio divulgarla non come una cosa speciale”* (madre, AFAB 18 anni) O di porsi come esempio per gli altri: *“Perché noi siamo sì, singoli genitori, però anche proprio la struttura forte della famiglia che esca è una forza anche per gli altri”* (madre, AFAB 17 anni). Genitori più avanti nel percorso di accettazione mostrano la volontà di *“dire la nostra e far sentire la nostra voce”* (padre, AMAB 15 anni) anche in televisione, contrastando in questo senso l’immagine stereotipata e le false leggende che vengono diffuse dai media.

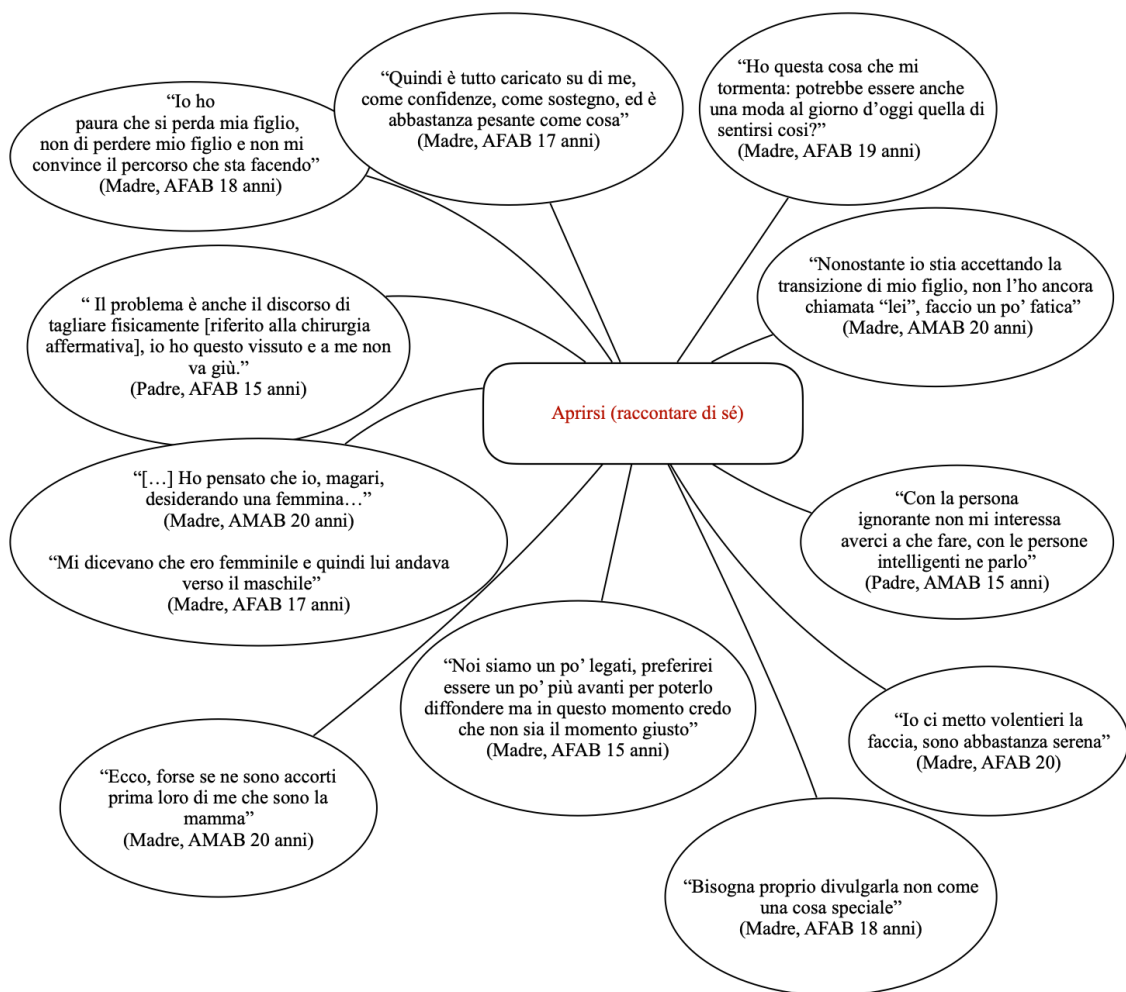


Figura 8. Mappa Tematica dell'EBS Aprirsi.

*“Perché tanti hanno ancora il pregiudizio che trans voglia dire “Una che fa la prostituta”, tanti hanno ancora questo pregiudizio [...] cioè, il messaggio che deve passare è che si parla di persone, di famiglie normalissime, che lavorano, che pagano le tasse, che fanno vari mestieri, che sono all’interno della società come tutte le famiglie*

*normali, che non vengono da famiglie disastrose per cui hanno sviluppato questo atteggiamento per colpa di chissà chi” (padre, AMAB 15 anni).* In questo stralcio di intervento, oltre al bisogno di uscire ed aprirsi al mondo, emerge il bisogno di Essere visti ed Essere Ascoltati, a cui prima si faceva riferimento.

Questa stessa EBS emerge nelle parole di un padre, che, con la voce rotta e carica di emozione, descrive il momento della confidenza con gli amici sulla condizione della figlia: *“Tutti quanti sono contenti a sentirla e anzi mi dicono “non sbagliare, va avanti con lei ad aiutarlo”, cioè sono tutti quanti... come dire... non riesco a spiegarmi” (padre, AMAB 18 anni).*

Quella stessa sensazione si può rintracciare, anche nei confronti del gruppo stesso, nelle parole di alcuni genitori che parlano con gratitudine della sensazione di comprensione, riconoscimento, nonché di Alleanza, che provano durante gli incontri, in cui, per la prima volta, si sentono capiti realmente: *“Perché io posso parlare con mille persone, posso dire mille frasi fatte, però il fatto di condividere con chi sta vivendo – e ognuno di noi ha un suo percorso, ha le sue emozioni – però io vengo più compresa in questo contesto” (madre, AFAB 17 anni).*

O ancora, giunti quasi al termine del ciclo di incontri, una madre afferma: *“Ascoltare storie di sofferenze, di dubbi che erano anche i miei... mi sentivo accolta, meno sola e compresa” (madre, AFAB 17 anni), o, ancora, “perché pensavo di essere io incapace di accettare l’idea di accompagnare mio figlio nel suo percorso, invece, in realtà, sono i dubbi che in maniera diversa condividiamo tutti, no?!” (madre, AFAB 18 anni).*

L’EBS dell’Alleanza si può, infatti, rintracciare negli interventi dei genitori nei confronti del gruppo stesso, così come verso la scuola con cui, tra docenti e psicologo, in alcuni casi, si è riusciti a fare rete. Si è trovata Alleanza verso i conoscenti o i colleghi a cui i genitori si sono aperti, e coi membri della propria famiglia, col proprio partner o col figlio stesso. Una madre, in questo senso, al termine del suo intervento, conclude con queste parole: *“Però mi è venuto in mente che mio marito parlando, mi ha detto: “V. noi siamo solidi e andrà tutto bene” (madre, AMAB 28 anni).*



Figura 9. Mappa Tematica dell'EBS Alleanza.

### 4.3 Consistenza e Autonomia

Il gruppo delle EBS della Consistenza comprende l'EBS della Presenza, e dunque la visibilità e la capacità di espandersi, così come l'EBS della Consistenza e dunque della capacità di sviluppare un certo grado di solidità, sicurezza e valore nella propria persona e nelle proprie capacità (Rispoli, 2004). La Consistenza è rintracciabile, infatti, in una postura eretta coi piedi ben piazzati al suolo, nella tonicità dei muscoli, nello sguardo aperto e deciso, con il viso sollevato e un'espressione fiera. Si tratta, quindi, di una gamma di segnali appartenenti alla comunicazione non verbale che caratterizzano l'immagine di una persona con salde basi, solida nelle proprie decisioni e con una notevole influenza sugli altri (Rispoli, 2004).

Strettamente collegata con l'Esperienza di Base della Consistenza, ma più orientata sul versante relazionale, è invece l'EBS dell'Autonomia. Se la prima è infatti maggiormente riferita al rapporto con sé stessi, quest'ultima è legata, invece, al rapporto con l'altro.

L'Autonomia significa non aver necessariamente bisogno dell'altro o stare bene con sé stessi anche se l'altro non è vicino (Rispoli, 2004).

L'EBS della Consistenza si può ritrovare nelle parole di alcuni genitori attraverso variegata tematica di seguito esposte. Osservando l'andamento generale degli interventi si nota come si passi da interventi impostati su un tono di maggiore difensiva nei primi incontri, in cui si lamenta ostilità e diffidenza verso il mondo, ad interventi in cui spicca maggiormente questa EBS, interventi in cui, dunque, la solidità, la sicurezza in sé stessi e la noncuranza per il giudizio altrui la fanno da protagonisti.

In primis, si può trovare questa Esperienza di Base nella volontà, o per alcuni necessità, di *esporsi e far sentire la propria voce* con l'obiettivo di abbattere gli stereotipi e normalizzare l'immagine delle persone TGD che spesso i media raccontano, tematica, per altro, già analizzata per altre EBS descritte nei paragrafi precedenti. La sfumatura che arricchisce questo tema, in cui già era stata rintracciata la capacità di Apertura, risiede nella modalità agguerrita e fiera con cui alcuni genitori si dicono pronti a *“metterci la faccia”* ed intervenire in televisione o nei programmi radiofonici. *“Entriamo come siamo noi, decisi, come un gruppo onesto, leale di quello che stiamo affrontando, non solo per contestare ma anche per dire la nostra.”* (madre, AFAB 17 anni). Questa EBS è, infatti, spesso rintracciabile a fianco dell'Apertura, come se l'una diventi motore dell'altra: *“Io vado a testa alta e dico:”* - afferma con decisione una mamma - *“Io ho questo!”* e poi gli altri: *“ma come fai? Come non fai?”* Facciamo, punto e basta” (madre, AMAB 19 anni). Accanto a ciò, si possono osservare il *disinteresse e la noncuranza verso il giudizio altrui*. Soprattutto negli ultimi incontri questo tema viene approfondito da molti, saldi e sicuri nelle loro posizioni: *“Io lo faccio, mia moglie anche: non mi pongo il problema di quello che pensano gli altri, assolutamente, perché non è quello che mi interessa”* (padre, AFAB 16 anni). C'è chi ha assunto una maggiore *sicurezza di sé* nel corso degli incontri, così come il coraggio di *“tagliare i rami secchi.”* Un padre racconta di essere finalmente in pace con sé stesso, dopo essersi scrollato di dosso *la paura e il senso di colpa*: *“Ho compreso qui che non sono un genitore sbagliato”* - afferma una mamma - *“che non ho colpe”* (madre, AFAB 17 anni).

Soprattutto nel decimo incontro, la frase che fa da protagonista di ogni intervento è: *“Il problema è degli altri, non nostro”*.

Durante gli ultimi tre incontri, in particolare, emerge la forte presenza di alcuni genitori, più indietro e riservati nei mesi precedenti, che trainano il gruppo mostrando i risultati del percorso compiuto di accettazione, ma soprattutto di crescita personale. *“In quest’anno, ho capito che le persone ti possono colpire se sei fragile o insicuro [...] io adesso sono sicura e forte, ho affrontato tutto, sono a conoscenza, so il percorso etc. sono gli altri ad avere difficoltà con me, non io con loro”* (madre, AFAB 17 anni).

Si condivide la consapevolezza dell’importanza del *modello* che loro, come genitori trasmettono, di persone che non si accontentano, ma si impegnano per avere il loro soddisfacente spazio nel mondo, per cui, al decimo incontro, con fare deciso, una madre afferma: *“Non voglio che [l’insoddisfazione] la possa sentire da me, voglio che abbia una mamma felice e soddisfatta che fa un lavoro che le piace, quindi anche io mi sto misurando per fare il salto e darmi il valore che mi devo”* (madre, AFAB 17 anni).

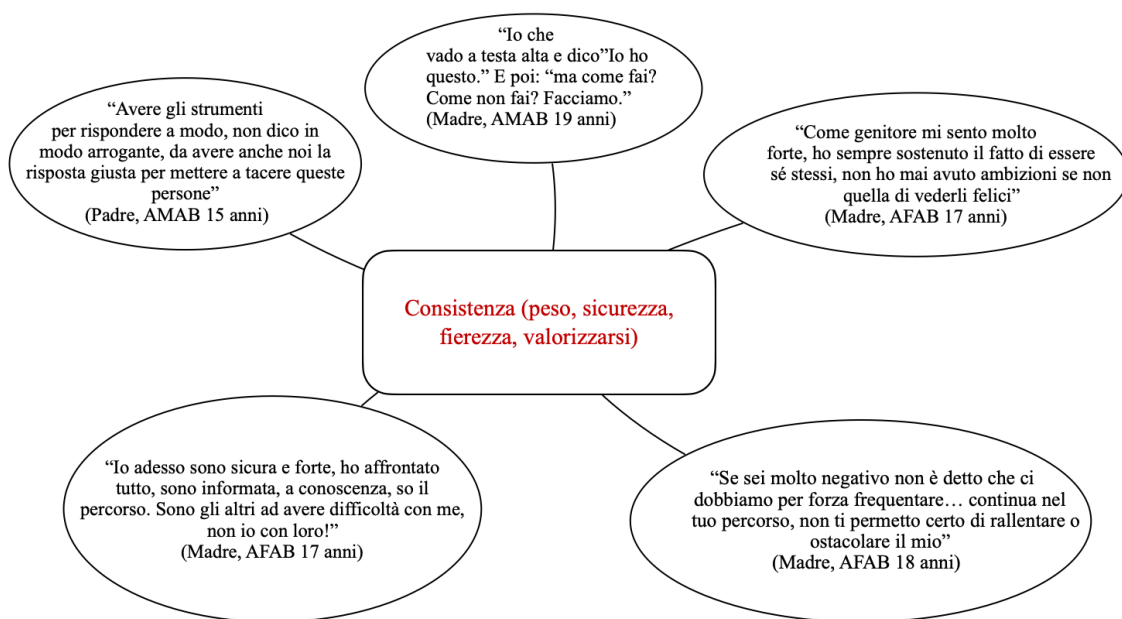


Figura 10. Mappa Tematica dell'EBS Consistenza.

Dello stesso gruppo della Consistenza, è possibile rintracciare in alcuni dei passaggi sopra esposti, anche l’EBS della Presenza, intesa come capacità di condizionare la realtà in cui si è immersi, il percorso dei propri figli, così come l’opinione diffusa tra la gente riguardo alla condizione di Incongruenza, esserci per i figli, farsi notare nel gruppo e fuori dal gruppo.

Accanto a ciò, l'EBS dell'Autonomia, fortemente collegata all'EBS della Consistenza, emerge, già dal secondo incontro, dalle parole di alcuni genitori più avanti nel percorso di elaborazione, che mettono in luce la tematica *dell'aver fiducia "facendo un passo indietro"* (madre, AFAB 20 anni). A riportare questa stessa tematica sono due madri con figli di età diverse e in fasi della vita differenti, tuttavia, alla base di entrambi gli interventi, si può individuare la manifestazione della stessa EBS. *"Devo dire che in tutto questo io ho lasciato che facesse, sono andata a scommessa, ho detto "è meglio avere fiducia". [...] Ho lasciato che si gestisse nella cosa guardando a distanza, ma in autonomia, e ha funzionato"* (madre, AFAB 18 anni). Un'altra mamma parla di scelte e della maturata consapevolezza di cosa è suo e cosa di suo figlio e della necessità di *lasciare spazio*, processo necessario alla crescita di un figlio e spesso difficile e faticoso da mettere in atto: *"Io faccio tanta fatica, cerco sempre di indirizzarli in alcune scelte e mi rendo conto di sbagliare perché non sono le loro ma le mie, perciò in questo ultimo periodo sto mollando tutto e lascio che le cose succedano"* (madre, AFAB 20 anni).

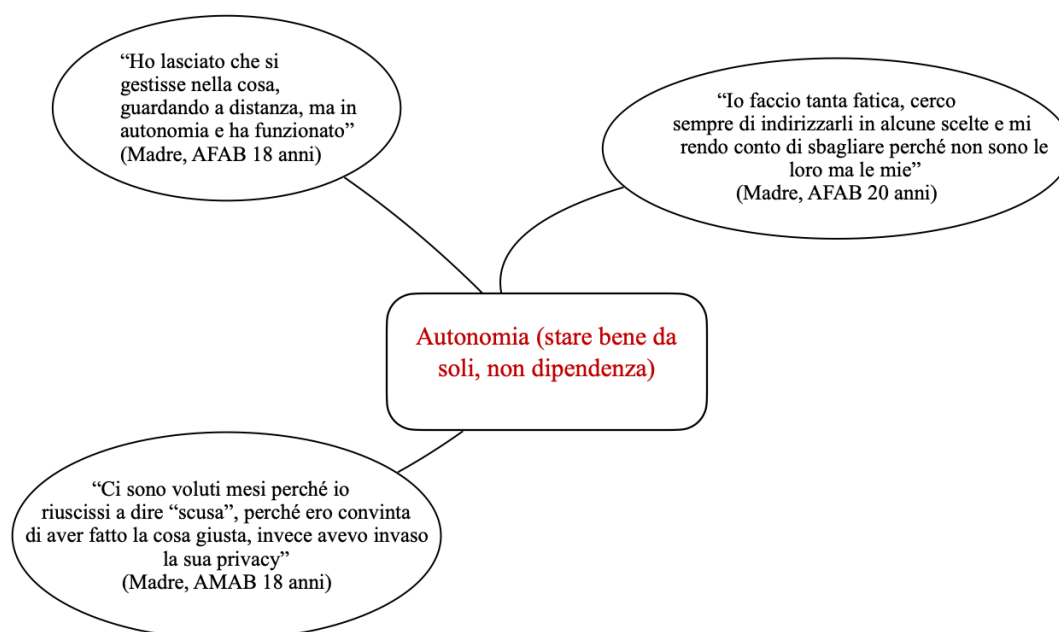


Figura 11. Mappa Tematica dell'EBS Autonomia.

#### 4.4 Affermazione e Forza Calma

Affine alla Consistenza è il gruppo di EBS dell'Affermazione. Esso comprende, infatti, l'EBS Assertività, che riguarda la capacità di affermare le proprie idee e creare spazio e

riconoscimento, così come l'EBS della Determinazione, strettamente legata alla Presenza, alla tenacia, all'andare a fondo nelle cose (Rispoli, 2004).

Durante gli interventi dei genitori, l'Assertività si manifesta principalmente nel *mettere davanti* ad ogni cosa i bisogni e la serenità dei propri figli: *“Mi trovo una femmina, mi trovo un maschio, non ha importanza, l'importante è che sia felice”* (madre, AFAB 19 anni), o *“Tanto non ha importanza quello che penso io, la mia esperienza personale è quella di essere sempre pronto e disponibile nei confronti di mia figlia.”* (padre, AMAB 18 anni). Interventi centrati su questo stesso tema diventano sempre più frequenti nel corso degli incontri, manifestazione di una sempre maggior accettazione ed elaborazione del percorso dei figli.

L'Assertività si manifesta, ancora una volta, nella decisione con cui alcuni genitori si mostrano pronti a *rispondere alla gente o politici* da cui si sentono attaccati. In un intervento, in cui è possibile individuare anche la manifestazione dell'EBS della Rabbia, una madre nei confronti della società, che definisce popolata da *“bestie”*, afferma: *“Vogliamo crescere e cominciare a pensare che una persona è sempre e comunque una persona!?”* (madre, AFAB 18 anni).

Accanto a ciò, sono presenti interventi centrati sullo stesso tema in cui si può rintracciare anche l'EBS della Forza Calma, compresa in un differente gruppo di EBS, ed intesa come *“osservazione di Calma nell'Espressione della Forza”* (Rispoli, 2004, p. 150), o serenità accoppiata con determinazione, binomio che trasmette quel senso di sicurezza, determinazione e necessità di andare in una certa direzione (Rispoli, 2004).

La Forza Calma, infatti, emerge spesso quando i genitori riportano situazioni di scambio con altre persone giudicanti, ignoranti o poco aperte. Come di fronte a commenti, densi di compassione, di persone che considerano l'Incongruenza di Genere come *“problematiche che devono essere risolte per il loro futuro”*, una madre risponde: *“Ti ringrazio molto delle attenzioni, come vedi siamo una famiglia serena e felice”* (madre, AFAB 17 anni). O ancora, di fronte a commenti, quali: *“Ma come fai a viverti una situazione così brutta?”*, una madre risponde: *“Pensa a mio figlio che sta facendo questo cambiamento. Io gli sto accanto, certo non è facile per nessuno, però pensa a lui che*

*momento sta passando, cosa ha passato prima e che mondo lo aspetterà se davanti si troverà persone come te” (madre, AFAB 18 anni).*

Infine, è rintracciabile il tema dell’Assertività come capacità alla base di uno stile genitoriale autorevole. Questa si traduce nella necessità di mettere delle limitazioni, nello spingere i figli all’autonomia e alla responsabilizzazione. Quella stessa durezza “*che fa male,*” o che risulta pesante - afferma una mamma - “*però necessaria*”, conclude (madre, AMAB 19 anni).



Figura 12. Mappa Tematica dell'EBS Assertività.

Similmente, la Determinazione si può individuare nelle parole di genitori più avanti nel percorso che esortano gli altri ad *affrontare senza timore le difficoltà dei figli*: “*Come di fronte ad un medico che ti diagnostica una malattia devi curarla [...] o uno si trascura oppure prende la situazione e la porta avanti cercando di affrontare la battaglia e anche vincerla*” (madre, AFAB 14 anni).

Questa stessa capacità di Determinarsi si manifesta nel racconto di storie personali di vita, slegate dal transgenderismo, che riguardano abusi o umiliazione e svalutazione sul posto di lavoro. Questi interventi si concludono con rivendicazioni forti che riguardano “*il diritto di vivere*”, in quanto “*non siamo più quelle bambine, siamo donne e possiamo fare*



*tutto quello che vogliamo”, “perché poi non hai paura delle persone perché tanto ormai sei talmente forte di tutto quello che hai vissuto che chi ti può far paura?!” (madre, AFAB 13 anni).*

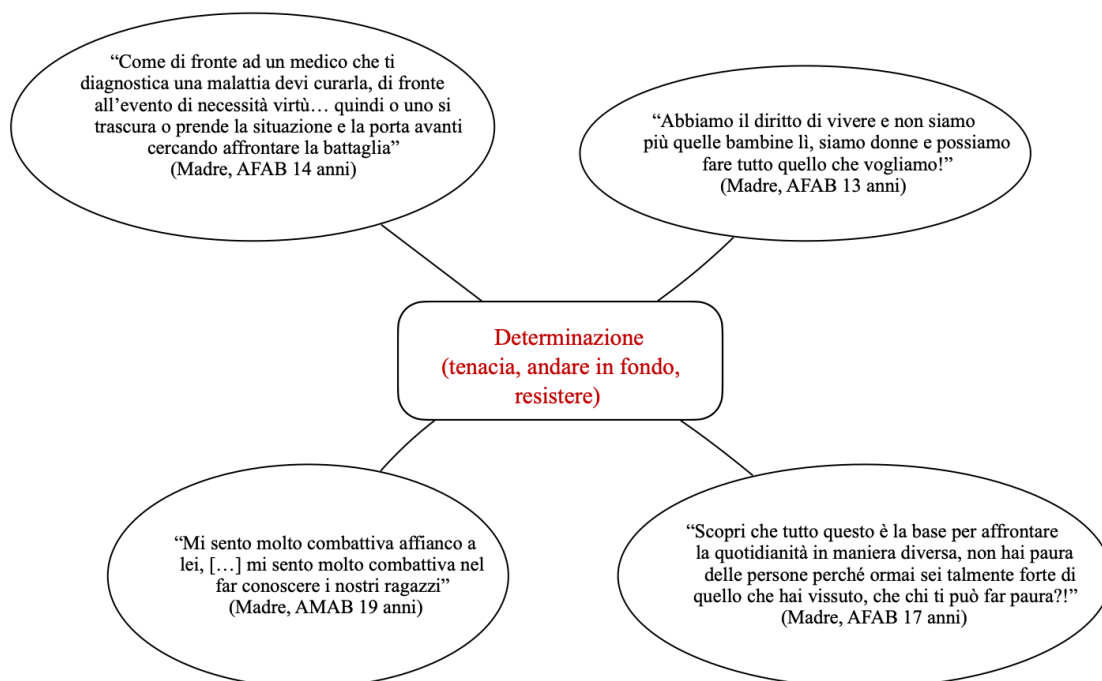


Figura 13. Mappa Tematica dell'EBS Determinazione.

#### 4.5 Contatto Ricettivo

All’interno di questo gruppo di EBS sono racchiuse le capacità di Essere Nutriti e del Richiedere, tutte Esperienze di “nutrimento”, che riguardano la capacità di richiamare e assimilare quei bisogni profondi come l’amore, la comprensione, la tenerezza e la protezione. Queste esperienze richiamano l’immagine del flusso di nutrimento che si verifica tra un adulto e un bambino durante il periodo di sviluppo (Rispoli, 2004).

L’Esperienza di Base dell’Essere Nutriti si può ritrovare negli interventi di alcuni genitori soprattutto negli ultimi tre incontri, e dunque alla fine del percorso di condivisione, come se alcuni dei genitori si guardassero indietro e condividessero la consapevolezza di quel “nutrimento” sopra citato, assorbito nel tempo dal gruppo stesso e dalla condizione del proprio figlio.

Nei confronti del gruppo e della condivisione dei loro vissuti, in tanti sottolineano fin da subito *“il confronto che fa crescere”*, o l’aver acquisito dagli altri *“tanta, tanta consapevolezza, e di conseguenza tanta serenità, nell’affrontare questo percorso”* (madre, AFAB 20 anni). Gli incontri stessi vengono definiti da una mamma come *“incontri terapeutici”*, o *“incontri nei quali si sta bene e si riparte rigenerati e più forti.”* (madre, AFAB 20 anni). La stessa madre sottolinea proprio come il gruppo a cui lei si è unita per capire come aiutare il figlio stia, in primis, aiutando e arricchendo lei stessa.

Il nutrimento assorbito dal gruppo si manifesta, dunque, in una maggiore *serenità* verso il percorso dei figli, una maggiore *accettazione, consapevolezza, forza*, un *nuovo sguardo* sulle cose e *minor senso di colpa*, condivisi da una mamma che descrive *“la ramificazione infinita di sfumature”* che ha potuto osservare per la prima volta, grazie al confronto e alla consapevolezza che *“non siamo soli! Non sono io che sono arrivata a fare certi sbagli”* (madre, AFAB 18 anni).

Inoltre, viene fatto tesoro del *“nutrimento”* ricevuto dai figli stessi, i cui frutti sono rintracciabili nelle tematiche che riguardano l’EBS della Consistenza, della Presenza etc. Si parla, infatti, di aver sviluppato la *“forza di essere me stessa”*, afferma una mamma (madre, AFAB 17 anni), e aver imparato ad avere più coraggio. Il *coraggio*, assorbito come una spugna dal comportamento dei figli, si osserva nell’agire per il proprio bene, volendosi bene. In questo senso, ci sono madri che raccontano di aver avuto il coraggio di affrontare situazioni dolorose o angoscianti, come relazioni definite *“tossiche”* (madre, AFAB 18 anni). Una mamma racconta dell’aver imparato dal figlio a mettere in discussione le proprie scelte: *“D. mi ha dato la forza a livello lavorativo di mettere in discussione un po’ tutta la situazione che stavo vivendo e ora sto pensando di fare un salto”* (madre, AFAB 17 anni). O, ancora, il coraggio di alzare dei muri verso certe persone poichè *“i rami secchi li lasciamo da un’altra parte”* (madre, AFAB 20 anni).

C’è chi riporta di aver sviluppato una *maggior sensibilità* verso gli altri: *“Quello che mi ha dato questa esperienza [riferito al percorso di Affermazione di Genere della figlia] è la possibilità di vedere delle situazioni che forse prima non ero pronta a vedere. Non perché non le volessi vedere [...] ma perché a volte, quando le cose non le conosci, non le vedi”* (madre, AMAB 15 anni).

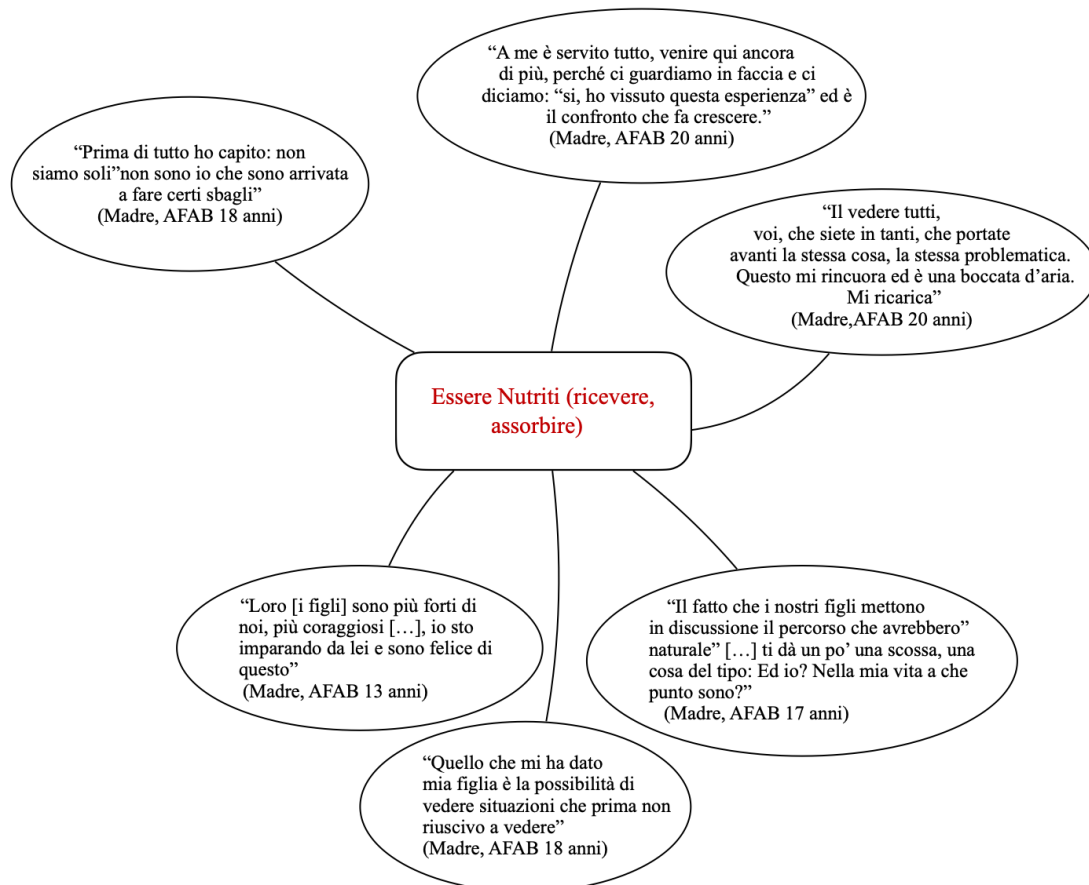


Figura 14. Mappa Tematica dell'EBS Essere Nutriti.

#### 4.6 Progettualità e Continuità Positiva

Le EBS della Progettualità e della Continuità Positiva, nonostante facciano parte di due differenti gruppi di Esperienze di Base, sono state accomunate in quanto entrambe legate alla dimensione della temporalità. Al passato nel primo caso, e al futuro, nel secondo.

La Continuità Positiva si riferisce al processo di immagazzinamento di ricordi ed esperienze passate, che diventano la base delle aspettative future. Quando un'esperienza positiva si conclude, infatti, una persona che ha una solida base di ricordi rimarrà in attesa di un'altra esperienza positiva. Questo processo si basa sull'adeguato soddisfacimento dei bisogni di cura, amore e contenimento da parte dei caregiver durante l'infanzia. Tuttavia, se questi bisogni non vengono adeguatamente soddisfatti, la Continuità Positiva viene compromessa e il bambino sperimenta l'angoscia della perdita, in cui ogni volta

che un'esperienza positiva termina, la sua conclusione può essere per sempre (Rispoli, 2004).

La progettualità, invece, compresa all'interno del gruppo di EBS dell'Autoaffermazione, riguarda la dimensione futura in quanto capacità di comprendere e scegliere le strade più adatte alla propria persona e ai propri progetti. La capacità di immergersi in un progetto di vita ed entusiasarsi per la sua possibile realizzazione è, infatti, alla base dell'autoaffermazione personale (Rispoli, 2004).

In quanto legate alla dimensione di temporalità, accade spesso che queste due EBS si manifestino in uno stesso intervento, l'una di seguito all'altra.

La progettualità si manifesta nel tema delle preoccupazioni per il futuro che attende i loro figli: la situazione *politica*, la *società*, il *lavoro* sono tutti elementi di dibattito, alla cui base sorge l'incertezza del: *“A che cosa vanno incontro i nostri ragazzi?” (madre, AFAB 19 anni).*

Il futuro è visto, infatti, da gran parte dei genitori come *“un problema con la “P” maiuscola”*, un qualcosa *“che fa terrore” (madre, AMAB 20 anni)*, che li porta ad alterare la loro capacità di progettualità nei confronti dei figli. *“Perché nel mondo del lavoro, almeno dalle nostre parti, non mi sento tranquilla di come sarà il suo futuro” (madre, AFAB 20 anni)*, afferma una madre. *“Io ho paura di quello che lo aspetta, ho paura della società, delle persone che lo circondano” (madre, AMAB 20 anni).*

Questa stessa difficoltà risulta, a volte, slegata dalla condizione di Incongruenza in sé, ma propria di un genitore che guarda crescere suo figlio in una realtà sempre più incerta da un punto di vista lavorativo, per cui, affianco all'EBS del Percepire, è rintracciabile l'alterazione dell'EBS della Progettualità: *“La mia paura più grande, che ho anche per l'altra mia figlia più piccola [...], mi sembra che siamo in un momento storico in cui è ancora più difficile inserirsi nel mondo del lavoro. Ecco, questa è la mia preoccupazione in questo momento: che lui riesca a trovare la sua strada, il suo percorso...” (madre, AFAB 20 anni).*

Tuttavia, c'è anche chi porta nel gruppo una maggiore positività, dimostrando un atteggiamento di più *fiducia* soprattutto nei confronti delle *nuove generazioni*: *“Vedo che negli ultimi tempi, negli ultimi anni, c'è molta attenzione a questa cosa, sta cambiando, perciò...” (padre, AMAB 15 anni).*

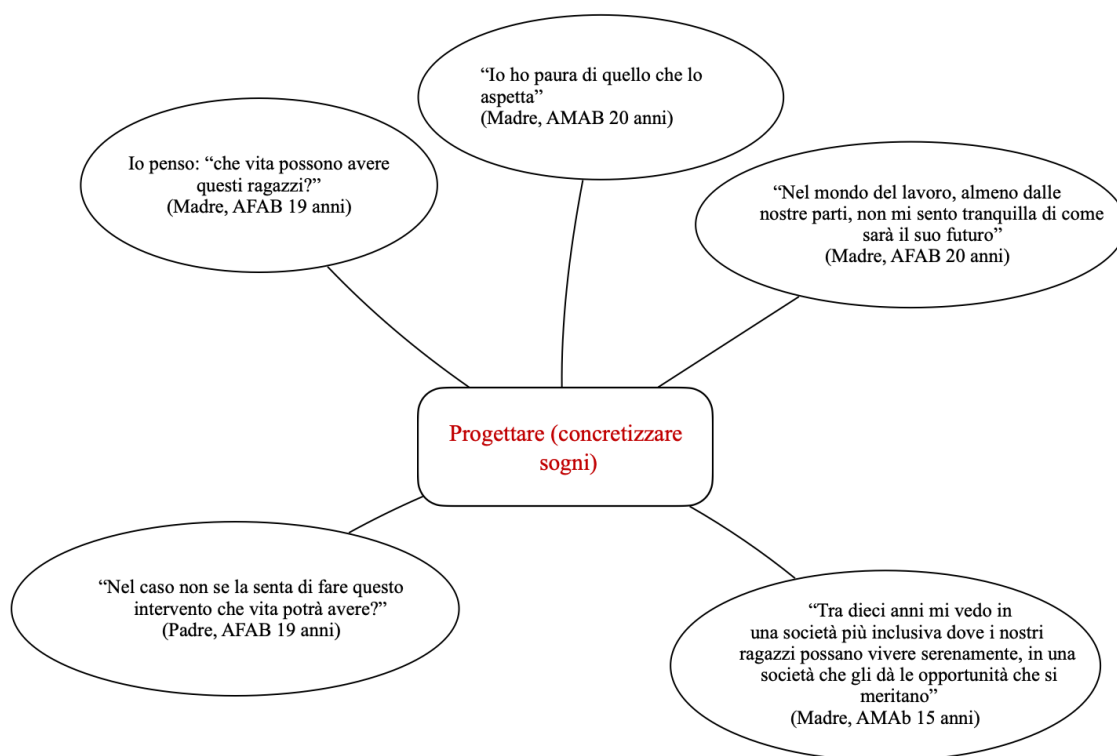


Figura 15. Mappa Tematica dell'EBS Progettare.

Oltre a queste preoccupazioni, vengono condivise storie di dolore passate dei propri figli, alle quali i genitori hanno assistito o stanno assistendo. Questo rappresenta la manifestazione dell'EBS della Continuità Positiva per cui guardando al proprio vissuto e alla propria storia di vita, ci si interroga: *“E io da mamma mi chiedo: e tu? E tu quando sarai felice?”* (madre, AMAB 20 anni). Alcuni, di fronte alla solitudine e alla chiusura dei figli, riportano la manifestazione dell'alterazione della stessa, per cui il timore *“che non ci sia nessun altro dopo di noi”* (padre, AMAB 15 anni). O ancora, il percorso di affermazione, in alcuni casi, è concepito come un “calvario”: *“Non vedo una soluzione positiva in questo momento per le conoscenze e i vissuti che ho io”* (madre, AFAB 14 anni).

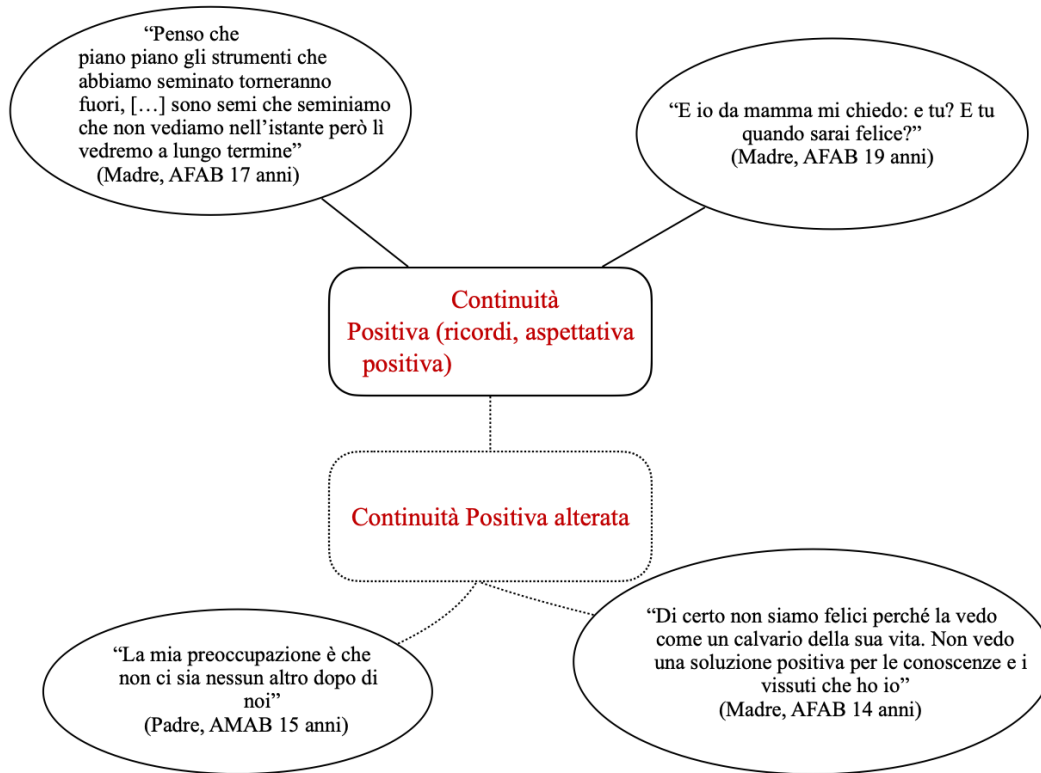


Figura 16. Mappa Tematica dell'EBS Continuità Positiva e della sua alterazione.

#### 4.7 Il senso di lutto

In ultima istanza, per completare la panoramica dei contenuti emersi durante il ciclo di incontri, risulta interessante ai fini di una maggiore comprensione, analizzare la tematica del lutto. Il lutto non si configura, infatti, come un'Esperienza di Base ma, considerando anche la letteratura precedentemente citata (Ellis & Eriksen, 2002; Lev, 2004), in cui il percorso di accettazione di un'Incongruenza di Genere viene assimilato alle fasi del lutto del modello di Kubler-Ross (1969), il tema della perdita risulta abbastanza centrale nel ventaglio di vissuti dei genitori che accompagnano le persone TGD.

A seconda delle diverse fasi di elaborazione che questi genitori attraversano, si possono individuare differenti cluster di stati. C'è chi il lutto lo vive nel presente, chi racconta di aver avuto l'idea di compiere *“un vero e proprio funerale”* (padre, AMAB 18 anni), chi lo sente anche solo al pensiero di un nome che cambia. Genitori che affermano di averlo vissuto e superato di fronte alla vista di un nuovo figlio non più sofferente, e chi la sensazione di perdita non l'ha mai provata poiché si parla di un *“lutto relativo”*, e semplicemente *“perdere” una figlia e adesso avere un figlio, insomma, è sempre un*

*figlio*”(padre, AFAB 16 anni) ; o ancora, “ *la persona c’è sempre, non se ne è andata via* ”(padre, AFAB 15 anni).

L’elaborazione del tema luttuoso, in quanto parte dell’elaborazione dell’Incongruenza in sé, ossia uno degli obiettivi degli incontri stessi, nel procedere dei mesi è lampante in alcuni genitori. Una madre, durante il secondo, incontro afferma: “*Io il tema luttuoso lo sento veramente tanto, perché io ho generato una femmina, abbiamo generato io e il mio compagno una figlia, le abbiamo dato un nome, mi piaceva anche molto e l’idea anche solo di cambiare nome per me è veramente una morte...*” (madre, AFAB 17 anni). La stessa madre però, durante gli ultimi incontri, condivide con gioia ed entusiasmo la “nascita” del suo nuovo figlio maschio, accostando il giorno di scelta del nuovo nome d’elezione ad un “*nuovo giorno di compleanno*”.

Tra i vari interventi sul tema, si può osservare come la sensazione di perdita venga spesso “superata” o vinta dalla percezione di dolore e sofferenza che si vede nei propri figli. Il benessere del figlio prevale sul proprio vissuto di lutto, come se il senso di protezione e la preoccupazione per la sua salute fossero più potenti, per cui, di fronte al coming out, e dunque alla sensazione di perdita, prevale quella di sollievo “*per non vederla più soffrire o stare male*” (madre, AFAB 20).

In un altro caso, una madre descrive il suo senso di perdita, come “*perdita di intimità*” (madre, AFAB 16 anni), dettata dall’allontanamento del figlio da tutto ciò che riguarda la sfera femminile, tra cui lei come madre. O chi, infine, non sente una sensazione di lutto quanto più di “*frastuono*”, vissuto a fronte del cambiamento (padre, AMAB 15 anni).

In ogni caso si può notare come il fil rouge che lega ciascuno di questi interventi sul tema del lutto sia la sofferenza. Un senso di sofferenza passata o presente, che si prova nei confronti del coming out, o per un figlio che sta male. Questa sofferenza può essere, quindi, considerata come la patina emotiva che si manifesta in tutti i vissuti condivisi, riprova della difficoltà che comporta una condizione di Incongruenza di Genere.

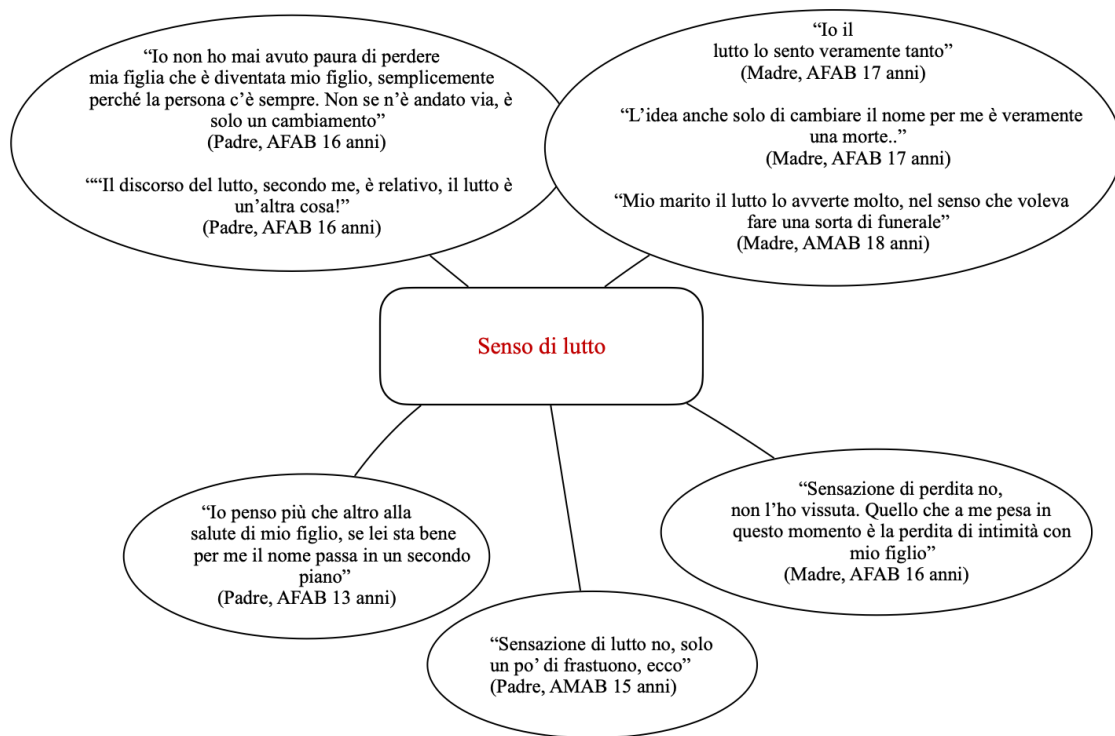


Figura 17. Mappa Tematica del senso di lutto.



## Capitolo 5

---

### 5.1 Discussione

Il presente studio ha cercato di offrire un viaggio nella realtà trans, filtrata attraverso il punto di vista dei genitori delle persone TGD, che li hanno accompagnati, e continuano a farlo nel percorso di Affermazione di Genere.

Usando, come chiave di lettura e di analisi, l'epistemologia Neo-Funzionale, sono stati presi in esame i trascritti di dieci incontri di un gruppo di sostegno. Dall'analisi tematica svolta sul tracciato di ciascun incontro, integrato coi report personali prodotti durante gli incontri stessi è emersa una fotografia Neo-Funzionale che cerca di inquadrare i vissuti di questi genitori.

Lo studio ha cercato, in altre parole, di offrire una lettura descrittiva di ciò che è stato vissuto e assorbito dai genitori di questo gruppo, che spesso si avvicinavano ai temi LGBTQ+ anche per la prima volta. Lo studio cerca di restituire il ventaglio di difficoltà e sofferenze che ne sono derivate, così come sentimenti positivi di orgoglio e soddisfazione di fronte al percorso dei figli, e il bagaglio di affinate sensibilità e capacità che si porteranno dietro da questa esperienza.

L'approccio Neo-Funzionale, la "lente" da cui si è scelto di "scattare la fotografia", infatti, grazie al suo impianto teorico epistemologico, che prende in considerazione la persona nella sua totalità, risulta adatto ad affrontare la complessità della condizione di Incongruenza di Genere, perché offre una visione globale e non troppo astratta della stessa (Rispoli, 2004; Rispoli, 2016). Si sono voluti utilizzare i costrutti teorici di questo stesso approccio per analizzare vissuti di genitori che di riflesso assorbono quella stessa complessità. Questo approccio poggia, infatti, la sua Epistemologia sul concetto di Esperienze di Base del Sé, formate da una costellazione precisa di Funzionamenti emotivi, posturali-motori, fisiologici e cognitivi-simbolici, vissute in età infantile e diventate bagaglio di capacità messe in campo per affrontare la realtà da adulti. A fronte di questo impianto epistemologico si può, quindi, parlare di approccio che guarda alla persona in senso globale e integrato.

Nel presente studio, per svolgere l'analisi tematica dei trascritti, si è deciso di utilizzare un metodo top-down, che partiva dalla selezione a priori di alcune Esperienze di Base del

Sé, ritenute più in linea e di interesse per le caratteristiche del campione di studio. Si procedeva poi, secondo il metodo di analisi tematica di Braun e Clarke (2006), con l'individuazione delle manifestazioni delle stesse. La griglia delle EBS selezionate a priori, tuttavia, è stata leggermente modificata nel corso dell'Analisi, a seconda dei contenuti che emergevano. Inoltre, sono stati osservati, a livello generale, cambiamenti significativi nell'espressione delle EBS coinvolte, cambiamenti che possono essere frutto di un percorso individuale, così come dell'esperienza di condivisione con un gruppo di questo tipo. Al di là delle possibili cause, tuttavia, i cambiamenti osservati sono indicativi e utili per comprendere meglio le fasi di elaborazione che un genitore compie, da un lato, e l'impatto che un'esperienza di condivisione e sostegno può avere, dall'altro.

Dai trascritti analizzati sono state prese in esame le EBS Sensazioni, Percepire, Aprirsi, Condividere, Alleanza, Consistenza, Determinazione, Assertività, Forza Calma, Contatto Ricettivo, Progettualità, Continuità Positiva, e infine, il tema del lutto. Nonostante nel capitolo precedente siano state sufficientemente affrontate, mi pare necessario ripercorrerle sinteticamente ai fini della discussione.

### *Sensazioni*

L'EBS Sensazioni, intesa come capacità di sentire il proprio organismo (Rispoli, 2004), mostra una percezione di stati interni riassumibili in questi macro-temi: un senso di fatica, confusione, impotenza, sollievo, serenità e leggerezza.

Questi compaiono in modo sparso nel corso degli incontri, in quanto sono diversi modi di sentire e percepire la propria persona, appartenenti a fasi presenti o passate, caratteristiche di un diverso livello di elaborazione. Molti di questi stati d'essere sono riscontrabili in alcuni modelli che teorizzano gli step di elaborazione dell'Incongruenza di Genere, come quello definito da Lev (2004) in cui si cita il senso di confusione e sopraffazione percepito nell'affrontare la realtà della situazione, o la serenità legata ad uno step finale di accettazione dell'Incongruenza.

### *Percepire*

L'EBS Percepire, cioè la capacità di cogliere quello che proviene dal mondo esterno (Rispoli, 2004), si manifesta nei confronti di due macro-oggetti del percepire: la realtà esterna, tra cui i membri del gruppo stesso, e la condizione del figlio. Nel primo caso

emergono numerosi temi, a riprova di come la condizione di Incongruenza sia fortemente intrecciata, per sua natura, alla società che ci circonda.

La realtà, in questo senso, viene percepita da alcuni come ostile, spaventosa e bigotta. Questa percezione è spesso trasversale alla politica, all'ambiente lavorativo, scolastico e familiare. Percezione che, per altro, coincide con gli stressor distali e prossimali del modello del Minority Stress in genitori di figli TGD (Hidalgo & Chen, 2019; Kuvalanka et al. 2014). Si riscontra una diffusa percezione di lontananza dall'immagine stereotipata dei figli che i media raccontano e ancora percezione di lontananza nei confronti dei servizi sanitari, spesso poco preparati o informati sul tema.

Le tematiche emerse all'interno di questa EBS risultano indicative alla luce della necessità di fare uno sforzo maggiore nella direzione di creare una rete coi servizi e con le istituzioni. La motivazione è realizzare l'alleggerimento e il sostegno del carico psicologico, emotivo, nonché economico, che questi genitori sono costretti a vivere e che li espone al rischio di Minority Stress, con gravi ripercussioni sulla salute.

Accanto a queste tematiche è bene sottolineare la diffusa percezione di fiducia nei confronti delle nuove generazioni, considerate più aperte e flessibili ad accoglierle. Il divario generazionale è, infatti, sottolineato da molti durante gli interventi per cui accanto alla percezione positiva provata nei confronti delle nuove generazioni, si percepisce tra i coetanei, come colleghi o altri genitori, a volte, poca comprensione. C'è anche chi, in una fase piuttosto avanzata di elaborazione, parla di ammirazione ed invidia percepita nei propri confronti. L'invidia menzionata deriverebbe, infatti, dalla libertà di mostrarsi agli altri senza filtri, libertà che una condizione di questo tipo insegna. Questa percezione è riscontrabile, per di più, come step finale del percorso di elaborazione teorizzato da Lev (2004), a cui precedentemente si è fatto riferimento.

L'EBS del Percepire si manifesta anche nei confronti del figlio stesso e del suo vissuto, e le tematiche in cui si esprime risultano indicative e utili alla comprensione dello stadio di elaborazione a cui si trova il genitore.

La percezione dell'Incongruenza in molti genitori risulta alterata. Ambivalenza e negazione nei confronti della diagnosi si manifestano con una certa frequenza, soprattutto nei primissimi incontri. C'è dunque chi nega, chi mette in dubbio il sentire del proprio figlio, chi si sta cominciando ad abituare all'idea e chi lo ha accettato in toto, riuscendo a vedere il figlio effettivamente per quello che è. Accanto a ciò, alcuni genitori di figli TGD

molto giovani, o ancora in una fase precoce del Percorso di Affermazione, evidenziano una percezione di sofferenza, irrequietezza, fragilità, distacco, chiusura o aggressività dei figli nei loro confronti. Figli, invece, più maturi e quindi spesso in una fase più avanzata del percorso, vengono percepiti con un qualcosa “in più” rispetto al periodo prima dell’inizio del percorso: in primis, più sereni, più sicuri di sé e coerenti, più entusiasti e più liberi. In altre parole, appaiono più centrati con loro stessi e pronti ad aprirsi al mondo e affrontarlo senza più nascondersi.

Questa ampia costellazione di percezione di vissuti è specchio, quindi, di una diversa fase di elaborazione del genitore nei confronti dell’Incongruenza e dei vari stadi di percorso a cui il figlio stesso si trova, mostrandosi, dunque, come indicatore molto utile per comprendere che tipo di sostegno fornire.

### *Aprirsi*

L’EBS dell’Aprirsi si osserva sia nei confronti del gruppo stesso, in momenti di maggiore confidenza, che nei confronti della realtà esterna e, dunque, nel racconto della loro storia a familiari, colleghi, coetanei, etc.

Nel primo caso, i temi che maggiormente vengono “aperti” con gli altri genitori riguardano le perplessità sull’Incongruenza di Genere che alcuni dei genitori sembrano confessare, con l’intento di trovare negli altri uno sguardo o una parola di comprensione che avvalorino o meno la loro ipotesi. Nel proseguire degli incontri e dell’accresciuta fiducia e familiarità con lo spazio protetto del gruppo, si lamentano le fatiche e le paure dell’essere un genitore posto in questa condizione: sovraccarico emotivo, mancanza di spazi, messa in discussione e senso di colpa nei confronti del loro comportamento passato. Le paure a cui si fa riferimento sono legate, oltre che al benessere del figlio, se ancora in condizione di forte disagio emotivo e psicologico, al suo futuro, al pensiero della parte più medica del percorso e dunque all’idea di modificarne il corpo con terapie ormonali e/o chirurgicamente. In ultimo, emerge la paura di essere loro stessi la causa dell’Incongruenza, tema, anche questo, già riportato in alcuni studi sopra descritti, molto delicato e significativo nel lavoro di elaborazione che la persona deve compiere (Gregor *et al.*, 2015; Gray *et al.*, 2016).

Nei confronti della realtà esterna, invece, si osserva come il desiderio di apertura sia strettamente legato alla diversa fase di elaborazione che il genitore sta vivendo. Ci sono genitori che non lo hanno ancora raccontato a nessuno e si aprono per la prima volta col

gruppo. Ci sono genitori che condividono la storia con poche persone fidate, ancora timorosi del giudizio e c'è chi si sente pronto e agguerrito a “metterci la faccia”, andando in televisione o alla radio, nel tentativo di normalizzare l'immagine della persona transgender che viene narrata e contrastare ignoranza e stereotipi. C'è chi, in ultimo, è legato alla volontà dei figli stessi di non uscire e si lamenta di questo vincolo. Inoltre, l'apertura verso il gruppo, negli ultimi incontri risulta più viva e c'è chi apre storie di traumi avvenuti in età precoce e mai raccontati, segnale evidente di una sempre maggiore percezione di protezione e fiducia nel gruppo stesso.

### *Condivisione*

Anche l'EBS della Condivisione si manifesta nei confronti del mondo esterno e verso il gruppo. Col gruppo e con la conduttrice-moderatrice si scambiano consigli e sostegno attraverso sguardi e parole di comprensione e coraggio da parte di chi “già c'è passato”. Il ping-pong di interventi di questa natura, da un lato all'altro del cerchio di sedie, avviene già dai primi incontri, a prova di quanto la Condivisione venga da subito messa in campo.

### *Alleanza*

L'EBS Alleanza viene manifestata, in primo luogo, nei confronti del gruppo, verso cui viene rimarcato spesso il senso di vicinanza e comprensione che si prova. In secondo luogo, vengono raccontate storie passate di Alleanza provata nei confronti di amici, colleghi, coetanei, docenti e professionisti di vario tipo (psicologi, medici e psichiatri) a cui si è chiesto aiuto. In questo senso, si va a bilanciare la Percezione della realtà esterna, estremamente polarizzata sul versante negativo, che appare nell'EBS sopra citata. In ultimo, si sottolinea l'alleanza vissuta con i propri familiari, come il coniuge o il figlio stesso. Come sottolineato da studi presenti in letteratura, infatti, la presenza di un nucleo familiare forte e coeso sembra un potente fattore protettivo di Minority Stress nel figlio TGD (Bariola *et al.*, 2015; Puckett *et al.*, 2019; Velale *et al.*, 2017) e nel genitore stesso.

### *Progettualità e Continuità Positiva*

L'EBS Progettualità è legata alla dimensione futura dell'individuo verso cui emerge un quadro ambivalente. Da un lato, si riscontra una forte positività, presente in alcuni genitori, che guardano al futuro con speranza e ottimismo, riponendo fiducia nelle nuove generazioni. Dall'altro, invece, una negatività dettata da un senso di paura verso la società

presente, di cui sentono sia ostilità e pregiudizio per l’Incongruenza di Genere, sia una instabilità a livello generale nel lavoro e nelle opportunità presenti nello scenario futuro dei figli.

Accanto a ciò, rimanendo nell’ambito della temporalità legata alla persona, l’EBS della Continuità Positiva, intesa come capacità di creazione di aspettative future sulla base dell’accumulo di esperienze passate e ricordi positivi delle stesse (Rispoli, 2004), si manifesta come ricerca di una felicità futura e di un percorso di crescita sperato per i figli, più simile a quello che loro hanno vissuto. Un’alterazione della stessa emerge, tuttavia, di fronte a figli che hanno sofferto o stanno soffrendo, chiusi nelle loro camere da letto, alterazione che li porta a non vedere il percorso di Affermazione di Genere con uno sguardo positivo.

Nelle ultime tre sedute emergono maggiormente, rispetto ai primi incontri, le EBS dell’Assertività, della Determinazione, della Forza Calma, così come l’EBS della Consistenza e dell’Autonomia e, infine, l’EBS Contatto Ricettivo. Tutte EBS che, per le loro caratteristiche, suggeriscono un cambiamento di approccio riscontrabile a livello generale nella dimensione di gruppo e osservabile, nello specifico, in alcuni genitori.

#### *Contatto Ricettivo*

L’EBS Contatto Ricettivo, che fa riferimento alla capacità di assorbire da altri i bisogni fondamentali di cui l’uomo necessita, si osserva soprattutto nei confronti del gruppo verso cui alcuni genitori, negli ultimi incontri, esprimono la loro gratitudine per un ritrovato senso di serenità, consapevolezza e forza. Questi fattori, per altro, erano già stati evidenziati nel modello teorico di Yalom e Lescz (2005) come meccanismi di cambiamento e arricchimento alla base della dimensione di gruppo. Alcuni genitori, inoltre, sottolineano di aver imparato dai figli stessi una maggiore sensibilità verso gli altri, così come un maggior coraggio di mettersi loro stessi in discussione.

#### *Consistenza e Autonomia*

L’EBS della Consistenza, intesa come acquisizione di solidità e sicurezza, si manifesta in alcuni genitori fin da subito e in altri verso la fine del percorso. Questa EBS emerge nella solidità e noncuranza nei confronti del giudizio altrui, unita alla spinta ad esporsi in televisione o in radio in un certo modo, per raccontare e “normalizzare”, con orgoglio, la

storia dei figli. La Consistenza emerge, inoltre, nell'appresa consapevolezza dell'importanza del modello genitoriale trasmesso ai figli, come persone che non si accontentano e che si danno il valore che devono e che hanno.

L'EBS Autonomia si osserva, invece, nella capacità di lasciare ai figli libertà di azione nel loro percorso di crescita e nelle scelte che devono compiere. Capacità propria di un adeguato ruolo genitoriale, che spesso, soprattutto di fronte a condizioni di disagio o difficoltà dei figli, come nel caso di un'Incongruenza di Genere, può essere messa alla prova.

Infine, emergono le EBS dell'Assertività, Determinazione e Forza Calma.

#### *Assertività, Determinazione e Forza Calma*

L'EBS Assertività, intesa come capacità di affermare le proprie idee, si manifesta maggiormente verso un doppio canale di interlocutori che, ancora una volta, sono i figli e la società.

Verso i figli alcuni genitori manifestano assertività, con l'espressione della necessità di mettere i loro bisogni davanti ai propri, agendo spinti da questa unica direttiva, nonché nell'espressione di porsi, nei loro confronti, con comportamenti sufficientemente autorevoli. Verso la società, si osserva questa capacità di rivendicare di rispetto e diritti per i propri figli. In rivendicazioni simili a quest'ultima, e dunque in tematiche corrispondenti alla capacità di controbattere alla gente, si manifesta anche l'EBS della Forza Calma, definita come manifestazione serena di determinazione.

L'EBS della Determinazione, in ultimo, si manifesta in interventi di esortazione e incoraggiamento fatti dai genitori più "avanti" nel percorso, che fin da subito sembrano "trainare" le redini del gruppo. Questi interventi sono volti a far fronte, senza timore, alle difficoltà dei figli o ad affrontare, più in generale, i propri "scheletri" passati. Sembra, dunque, che questo genere di scambi contribuisca al senso di nutrimento e alla forza assorbita dal resto del gruppo, a cui prima si è fatto riferimento.

#### *Il senso di lutto*

L'ultima tematica riscontrata, non corrispondente ad una precisa EBS, ma utile a completare la panoramica di vissuti e capacità messe in campo da questo gruppo, è il senso di lutto.

Se il percorso di elaborazione dell’Incongruenza di Genere è stato identificato come quasi accostabile a quello di un lutto effettivo, questo dimostra come il tema della perdita e la sua elaborazione siano centrali nell’ampio mosaico di tematiche che i genitori di persone TGD affrontano. Il cambiamento che il figlio sta mettendo in atto, o ha già compiuto, viene percepito come rinascita. Tuttavia, chi ancora sta affrontando una fase iniziale di elaborazione lo vive in quanto perdita effettiva, lutto vero e proprio. Nel gruppo in questione, infatti, c’è chi il lutto lo sente, chi non l’ha mai sentito, e chi parla di perdita in senso più ampio, non riferita all’Incongruenza in sé come “perdita del figlio”, ma a conseguenza della stessa, lamentando perdita di vicinanza o perdita di serenità, percepita nel figlio stesso.

Un ultimo scenario, non presente tra i figli dei genitori del gruppo, ma possibile nelle varie pieghe che può prendere il percorso di Affermazione di Genere, è la possibilità di un cambio di rotta. Non tutti le persone che cominciano, per quanto determinate, il percorso di Affermazione di Genere, lo portano effettivamente a termine. C’è anche chi comprende, attraverso il percorso psicologico che, per quanto ci siano modalità o interessi propri del genere opposto non ci sia un’effettiva Incongruenza di Genere (Rosin, 2023). “Ci sono persone che si credono rotonde, ma che invece, se imparano ad ascoltarsi nel silenzio interiore, si scopriranno quadrate” (Rosin, 2023, pag. 24). In questo senso, accanto ai “detransitioners”, minorenni transgender che dopo la transizione vogliono tornare al sesso assegnato, o alla DGER (Disforia di genere ad esordio rapido), fenomeno che insorge improvvisamente con la pubertà, senza manifestazione di segnali in precedenza, magari conseguenza di un vero e proprio “contagio sociale alimentato”, ci sono condizioni in cui è presente una scarsa capacità di contatto con il proprio schema corporeo o con le proprie sensazioni, che porta ad un possibile disorientamento. I genitori, in questo caso, sono costretti a tornare indietro nel loro stesso percorso di elaborazione del lutto appena iniziato, ri-accogliendo il figlio o la figlia per come li conoscevano, assieme alle loro acquisite e consapevoli sfaccettature di modi di essere (Rosin, 2023).

In conclusione, osservando l’andamento generale di questo ciclo di dieci incontri, emerge un quadro variegato e abbastanza in linea coi vissuti riportati dalla letteratura precedente. Le diverse fasi di elaborazione di ciascun genitore hanno dimostrato ulteriormente quanto questo percorso sia complesso e ricco di sfide, che evolvono in linea col lavoro di



accettazione ed elaborazione personale dei genitori, da un lato, e con le fasi del Percorso di Affermazione dei figli, dall'altro. Per cui genitori posti di fronte a coming-out più recenti sembrano maggiormente focalizzati sul proprio vissuto negativo e sul disagio dei figli appartenente ad un passato recente o spesso ancora attuale, nonché sulla paura del giudizio a cui rispondono con un atteggiamento di chiusura. In fasi più avanzate del percorso e col passare dei mesi, invece, i genitori sembrano più aperti al mondo, combattivi e determinati ad agire comportamenti proattivi per normalizzare il fenomeno e contrastare ignoranza e stereotipi.

In ogni caso, il percorso di gruppo, attraverso la condivisione e il sostegno reciproco, viene narrato nei loro vissuti come utile e arricchente, e si può osservare in alcuni genitori un grosso cambiamento nel rapporto coi figli, nonché un percorso di forte crescita personale.

## 5.2 Limiti

A conclusione del lavoro, per completezza metodologica, verranno esposti i limiti del presente studio.

In primo luogo, questo studio nasce da un'esperienza clinica svolta a tirocinio, e si configura come un resoconto descrittivo di tale esperienza. Non ha, perciò, valenza scientifica e i risultati non possono avere carattere di generalizzabilità.

Questo deriva dall'impostazione dello studio e dalle caratteristiche del gruppo stesso. Non si tratta, infatti, di un progetto di ricerca strutturato su un campione fisso e ben definito da specifici parametri, ma i dati sono stati estrapolati dal vissuto che è emerso all'interno di un gruppo che è, per sua impostazione, aperto. In quanto tale, la maggior parte dei partecipanti ha avuto una presenza costante nel ciclo di incontri. Tuttavia, alcuni hanno abbandonato il gruppo all'inizio del percorso e altri ancora si sono aggiunti alla fine. Tenendo presente ciò, risulta evidente come i cambiamenti osservabili nella manifestazione delle EBS e nelle varie tematiche che emergono siano da prendere in considerazione in quanto utili ad offrire una panoramica generale sul gruppo in questione e interessanti spunti per possibili osservazioni più ampie sul tema, ma non possano essere analizzati nello specifico.

Il gruppo, inoltre, come già accennato precedentemente, non è impostato come gruppo terapeutico strutturato, ma come gruppo di sostegno, ascolto e condivisione. Perciò, in quanto tale, non viene svolto un lavoro psicoterapeutico mirato su precise EBS alterate, individuate sulla base di un progetto terapeutico specifico. Ciascun cambiamento, in questo senso, è stato osservato e descritto in quanto utile ed indicativo per un'analisi del tema il più completa possibile, tuttavia non può essere svolta un'analisi più dettagliata e analitica degli stessi.

In ultimo, l'analisi tematica è stata svolta integrando, alla trascrizione di ciascun gruppo, un report personale, svolto durante gli incontri stessi e descrittivo di ciò che non si può cogliere dalle sole registrazioni. Questo fa sì che lo studio sia, in toto, il frutto di una personale esperienza clinica e, in quanto tale, anche l'analisi godrà di una forte componente di soggettività che va tenuta in considerazione.

### 5.3 Conclusioni

Per tirare le fila del lavoro di analisi che è stato compiuto, la fotografia Neo-Funzionale dei vissuti che caratterizzano questi genitori di figli TGD è varia e sfaccettata.

L’Incongruenza di Genere si dimostra, infatti, come una condizione di grande complessità e la stessa complessità è riscontrabile a fronte di vissuti psico-emotivi, comportamenti, o capacità messe in campo, molto vari anche in un gruppo ristretto come quello oggetto di studio, che si interfaccia solo indirettamente all’Incongruenza.

Il percorso di elaborazione che questi genitori hanno compiuto o dovranno compiere, così come la letteratura mette in luce, procede a step che sono tutti riscontrabili, in modo sfaccettato, nelle diverse manifestazioni di EBS individuate. Questo apparato teorico epistemologico, dunque, è stato molto utile all’analisi in quanto è riuscito ad isolare i temi emergenti nel corso degli incontri, configurandoli con una precisa collocazione all’interno del funzionamento dell’individuo.

In linea generale, emerge un gruppo che, per quanto non omogeneo, appare solido, coeso, e pronto a mettersi in gioco. La maggior parte dei genitori, infatti, per quanto ancora guardi i figli TGD con ambivalenza, appare ben disposta e aperta ad accogliere consigli dagli altri, e tutti, in diverse modalità, sono accomunati dal desiderio di aiutare i figli, cercando di venir loro incontro con gli strumenti di cui dispongono. Infine, lo spazio protetto del gruppo riesce ad essere contenitore in cui alleggerirsi di ansie e paure, ricevendo in cambio ascolto, espressioni di sostegno e parole di comprensione. Diventa spazio di crescita personale in cui il genitore può mettersi a nudo, senza timore.

A fronte di questi benefici, osservabili, sia indirettamente, dall’evoluzione dei loro atteggiamenti nel corso degli incontri, sia direttamente, dalle loro stesse parole, emerge l’esigenza di creare, ancora di più, spazi e momenti di scambio e condivisione come questo. Tutto ciò, inoltre, acquisisce maggiore importanza, alla luce della percezione generale di una società ancora chiusa e poco accettante su queste tematiche, e di servizi sanitari, in alcuni casi, poco preparati a fornire un adeguato supporto.

In questo senso, in primis, si sottolinea la necessità di mettere in atto un lavoro di rete tra scuola, famiglia e servizi sanitari, pubblici e privati, ancora più massiccio, che riesca a realizzare un sostegno più integrato alla persona TGD. In secondo luogo, alla luce dell’esperienza sperimentata, grazie all’Associazione Con-Te-Stare, risulta fondamentale la crescita di iniziative e servizi che si prendano un’effettiva cura delle loro famiglie. Infatti, così come la letteratura e l’esperienza stessa del gruppo evidenziano, soprattutto

nella condizione di Incongruenza di Genere, la connessione tra genitori e figli è tale per cui lavorare su un fronte, tralasciando l'altro, è inefficace quanto non lavorarci affatto.

## Bibliografia

- Abreu, P. D., Andrade, R. L., Maza, I. L., Faria, M. G., Valença, A. B., Araújo, E. C., ... & Monroe, A. A. (2022). Support for mothers, fathers, or guardians of transgender children and adolescents: a systematic review on the dynamics of secondary social networks. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8652.
- Aiken, J. (2016). Promoting an integrated approach to ensuring access to gender incongruent health care. *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, 31, 1-59.
- AGeDO – Associazione di genitori di Omosessuali (2023).  
<https://www.agedonazionale.org/>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revised). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Trad. it. DSM-5. Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali. Milano: Raffaello Cortina.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed., Text Revised). Trad. it. DSM-5. Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali. Milano: Raffaello Cortina.
- Ashley, F., St. Amand, CM., Rider, GN. (2021) The continuum of informed consent models in transgender health, *Family Practice*; 38(4), 543-544.

- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health, 105*(10), 2108–2116.
- Bateman, W. (2015). LGBT Youth homelessness: A UK national scoping of cause, prevalence, response and outcome. *London, UK: Albert Kennedy Trust.*
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
- Caldarera, A.M.; Davidson, S.; Vitiello, B.; Baietto, C. (2021). A psychological support group for parents in the care of families with gender diverse children and adolescents. *Clin. Child Psychol. Psychiatry, 26*, 64–78.
- Carlile, A. (2019). The experiences of transgender and non-binary children and young people and their parents in healthcare settings in England, UK: Interviews with members of a family support group. *Int. J. Transgend, 21*, 16–32.
- Crapanzano, A., Carpiello, B., Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con Disforia di Genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di psichiatria, 120-128.*
- Clark, T.C., Lucassen, M.F., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E. M., Rossen F.V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health, 55* (1), 93-99.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*(sup1), S1-S259.

- Dalle Luche C. & Rosin R. (2016). L'attenzione alla persona nella Disforia di Genere. Lavoro presentato al Convegno FIAP – Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia, 6-9 Ottobre, Ischia, Italia.
- Dalle Luche, C., Rosin, R. (2017). *Sconvolti. Viaggio nella realtà transgender*. Roma: Alpes Italia srl.
- Davy Z., Toze M. (2018). What is gender dysphoria? A critical systematic narrative review. *Transgender Health*, 3 (1), 159-169.
- Davy, Z. Cordoba, S. (2020). School Cultures and Trans and Gender-diverse Children: Parents' Perspectives. *J. GLBT Fam. Stud.*, 16, 349–367.
- Dierckx, M., Meier, P., & Motmans, J. (2017). “Beyond the Box”: A Comprehensive Study of Sexist, Homophobic, and Transphobic Attitudes Among the Belgian Population. *DiGeSt. Journal of Diversity and Gender Studies*, 4(1), 5–34.
- Di Ceglie, D., Freeman, D., McPherson, S., Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6 (1).
- Diamond, M. (2002). Sex and gender are different: sexual identity and gender identity are different. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 320-334.
- Drescher, J. (2010). Trans-sexualism, gender identity disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(1), 109-22.
- Ellis, K. M., Eriksen, K. (2002). Transsexual and transgenderist experiences and treatment options. *The Family Journal*, 10(3), 289-299.

- Ferfolja, T., Ullman, J. (2021). Inclusive pedagogies for transgender and gender diverse children: Parents' perspectives on the limits of discourses of bullying and risk in schools. *Pedagogy, Culture & Society*, 29(5), 793–810.
- Ferraro, L. (2016). “Il Giudice nel procedimento di rettificazione del sesso: una funzione ormai superata o ancora attuale?”. *Questione giustizia*, 2, 220-229.
- Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Obedin-Maliver, J. (2022). Minority stress, structural stigma, and physical health among sexual and gender minority individuals: Examining the relative strength of the relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(6), 573-591.
- Frigerio, A.; Montali, L.; Anzani, A.; Prunas, A. “We’ll accept anything, as long as she is okay”: Italian parents’ narratives of their transgender children’s coming-out. *Journal of GLBT Family Studies*. 2021, 17(5), 432–449.
- George C., Kaplan N., Main M. (1984). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley, CA: University of California.
- Giovanardi G., Vitelli R., Maggiora Vergano C., Fortunato A., Chianura L., Lingiardi V., Speranza A.M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60.
- Gregor C., Hingley-Jones H., Davidson S. (2015). Understanding the experience of parents of pre-pubescent children with gender identity issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(3), 237-246.
- Grey S.A., Sweeney K.K., Randazzo R., Levitt H.M. (2016). «Am I doing the right thing?»: Pathways to parenting a gender variant child. *Family Process*, 55(1), 123-138.



- Hendricks, M.L., Testa, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender e gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research e Practice*, 43(5), 460-467.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., *et al.* (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hidalgo, M. A., Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865-886.
- Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21 (1), 108-118.
- Horton, C. (2023). “I Didn’t Want Him to Disappear” Parental Decision-Making on Access to Puberty Blockers for Trans Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 43(4), 490-515.
- Katz-Wise, S.L., Galman, S.C., Friedman, L.E., Kidd, K.M. (2022). Parent/caregiver narratives of challenges related to raising transgender and/or nonbinary youth. *Journal of Family Issues*, 43(12), 3321-3345.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. London: Macmillan.
- Kuvalanka, K.A., Weiner, J.L., Mahan, D. (2014). Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *J. GLBT Fam. Stud*, 10, 354–379.
- Lawrence, D., Hafekost, J., Johnson, S. E., Saw, S., Buckingham, W. J., Sawyer, M. G., Ainley, J., & Zubrick, S.R. (2016). Key findings from the second Australian child

and adolescent survey of mental health and wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(9), 876–886.

Lev, A.I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: The Haworth Press.

Lorusso, M., Albanesi, C. (2021). When the context rows against. Voicing parents of transgender children and teenagers in Italy: A qualitative study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 31(6), 732-748.

Colizzi, M., Costa, R., Pace V., Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 3049-3058.

Main, M., Goldwyn, R., Hesse E. (2003). *The Adult Attachment Interview Classification and Scoring System* (version 7.2). Unpublished manuscript. Berkeley, CA: University of California.

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453-470.

McCormick, A., Schmidt, K., & Terrazas, S. R. (2016). Foster family acceptance: Understanding the role of foster family acceptance in the lives of LGBTQ youth. *Children and Youth Services Review*, 61, 69–74.

McConnell, E.A., Birkett, M., Mustanski, B. (2016). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674-680.

Miscioscia, M., Rigo, P., Spandri, M., Cerantola D., Simonelli, A. (2020). La Disforia di Genere in età evolutiva: questioni diagnostiche e aspetti relazionali. Una rassegna narrativa della letteratura. *Il Mulino - Rivisteweb*, 231-262.

- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association* (Division 43), 33(8), 954–964.
- Pyne, J. (2016). “Parenting is not a job . . . it’s a relationship”: Recognition and relational knowledge among parents of gender nonconforming children. *Journal of Progressive Human Services*, 27(1), 21–48.
- Stoller, R.J. (1994). *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- Reisner S.L., Vetters R., Leclerc M., Zaslow S., Wolfrum S., Shumer D., Mimiaga M.J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274-279.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L., Diamond, M. (2011). The needs of gender-var-  
iant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23(3), 181–195.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di base e sviluppo del Sé. L’evolutiva nella Psicoterapia Funzionale*. Milano: FrancoAngeli.

- Rispoli, L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi*. Milano: FrancoAngeli.
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 619-621.
- Rosin, R. (2020). “Il Sé e la sua trasformazione nella Disforia di Genere”. *Neo-Funzionalismo e Nuove Frontiere. Rivista annuale della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale*.
- Rosin, R. (2023). “Io non sono un trans – La storia di una ragazza che doveva ritrovare sé stessa”. Padova: Il Poligrafo.
- Rosin, R. (2023). “Bodily identity and its transformation in transgender minors”. 18<sup>th</sup> International Congress of European Association for Body Psychotherapy: Identity in transformative times – Construction, Deconstruction, Reconstruction. Sofia, Bulgaria.
- Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Diaz, R., Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23 (4), 205-213.
- Sansfaçon, P. A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., ... & Suerich-Gulick, F. (2020). Parents’ journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214-1236.
- Scandurra, C. (2014). CAPITOLO QUINTO. *APPUNTI SUL GENERE*, 59.
- Simons L., Schrage S. M., Clark L.F., Belzer M., Olson J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793.

- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: Findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine*, 50(5), 808–817.
- Sturiale, L., Rosin, R., Leo, I. (2023). Neo-Functionalism applied to the lived experience of a transgender person during gender affirmation”. *International Body Psychotherapy Journal - The Art And Science of Somatic Praxis*. 22(1), 98-119.
- Szilagyi, N., & Olezeski, C. L. (2021). Challenges in providing care for parents of transgender youth during the coronavirus pandemic. *Smith College Studies in Social Work*, 91(2), 85-114.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescent*. The Royal Children’s Hospital.
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher’s experience. *Contemporary Nurse*, 19(1–2), 75–87.
- Valerio, P. (2020). Intervistiamo il prof. Paolo Valerio. In L. Rispoli *et al.* (2020). *Identità di genere e orientamento sessuale oggi. Neo-Funzionalismo e scienze integrate*, 8, 11-146.
- Valerio, P., Scandurra, C. (2016). Pluralità identitarie, questioni di genere e orientamenti sessuali: tra bioetica e biodiritto. In F. D. L. Ferraro, *Pluralità identitarie tra bioetica e biodiritto. Quaderni di bioetica*, 7 (35-49). Milano-Udine: Mimesis edizioni.

- Valerio, P., Fazzari, P. (2016). Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità transgender e delle identità di genere non conformi. *Questione Giustizia*, 210-219.
- Valerio, P., Amodeo, A. L., Bochicchio, V., Mezza, F., & Scandurra, C. (2017). La salute degli anziani LGBT dalla prospettiva del minority stress: Rassegna della letteratura e raccomandazioni di ricerca. *La salute degli anziani LGBT dalla prospettiva del minority stress: rassegna della letteratura e raccomandazioni di ricerca*, 70-96.
- Valerio, P., Marcasciano, P., & Scandurra, C. (2016). Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: tra invisibilità, stigma e risorse. *Rivista di Sessuologia*, 2(40), 23-38.
- Wilson, E. C., Chen, Y., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans\*female youth and the protective effect of parental support. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2203–2211.
- Wren, B. (2002). “I can accept my child is transsexual but if I ever see him in a dress I’ll hit him”: Dilemmas in parenting a transgendered adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (3), 377-397.
- Zubrick, S. R., Hafekost, J., Johnson, S. E., Sawyer, M. G., Patton, G., & Lawrence, D. (2017). The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12–17. *Journal of Affective Disorders*, 220, 49–56.
- Zucker, K.J. (2005). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 467-492.