
Sviluppo e problematiche dell'identità di genere

Maddalena Mosconi, Roma

*"Intanto è necessario spiegarvi bene le condizioni dell'umana natura e le sue trasformazioni. L'antica nostra natura non era la medesima d'ora, diversa bensì. In principio, vedete, tre erano i sessi degli uomini, non due come presentemente: maschio e femmina; ma c'era in più un terzo sesso che partecipava ai caratteri di tutti due gli attuali. Il nome solo ne sopravvive, l'animale è già spento. Il maschio-femmina, l'androgino, cioè, un tempo era un unico essere vivente; come aspetto e come nome, formato dagli altri due sessi insieme riuniti, maschio e femmina"*¹

Fin dal 400 a.C. Platone s'interrogava sul tema dell'identità di genere e sugli elementi maschili e femminili presenti in ogni essere umano. Sono molti i miti che ci sono stati tramandati su questo argomento e che dimostrano il bisogno profondo degli esseri umani di comprendere meglio questa componente della personalità che, a prima vista, può sembrare semplice nella sua divisione in maschile e femminile, ma che invece, ad un esame più attento, evidenzia confusione e ambiguità.

Freud nei "Tre saggi sulla teoria sessuale" scriveva:

È indispensabile chiarire a se stessi che i concetti di maschile e femminile, il contenuto dei quali appare così privo di ambiguità all'opinione comune, appartengono alla scienza ai concetti più confusi e debbono essere suddivisi in almeno tre direzioni. Si adoperano i concetti di maschile e femminile ora nel senso di

¹ Platone, *Il Convivio*, in *Dialoghi di Platone*, a cura di Turolla, Rizzoli, Milano, 1953.

*attività e passività, ora in senso biologico e infine anche in senso sociologico.*²

Appare qui fondato il riferimento alla bisessualità, ma si potrebbe leggere l'intera opera di Freud come sottesa da una posizione teorica da lui stesso a volte esplicitata, a volte solo abbozzata: l'idea che in ciascun sesso è l'atteggiamento proprio del sesso opposto quello che soccombe alla repressione, mentre l'inconscio non accetterebbe la repressione e vorrebbe riconquistare la bisessualità dell'infanzia.

Winnicott affronta il tema dell'identità di genere all'interno dello scritto "La creatività e le sue origini". Fin da subito precisa che

*non vi è nulla di nuovo al di dentro o al di fuori della psicoanalisi nell'idea che uomini e donne abbiano una predisposizione verso la bisessualità.*³

L'autore sottolinea che questa tematica rappresenta "qualcosa di nuovo" per la sua teoria e riporta come, all'interno di un'analisi con un uomo adulto, riuscì ad entrare in contatto con l'elemento non maschile della personalità di quest'ultimo.

Appare importante riportare alcuni interventi cruciali di questo trattamento. All'interno di una seduta Winnicott dice:

Io sto ascoltando una ragazza. So perfettamente che lei è un uomo ma io sto ascoltando una ragazza, e sto parlando con una ragazza. Sto dicendo a questa ragazza: lei sta parlando di invidia del pene.

² Freud, S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, Newton Compton, Roma, 1992, p. 993.

³ Winnicott, D. W. (1966), "La creatività e le sue origini", in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974, p. 130.

Dopo una pausa il paziente risponde: *"Se dovessi dire a qualcuno di questa ragazza verrei considerato matto"*, Winnicott aggiunge:

*non è che lei ha detto questo ad altri; sono io che vedo la ragazza, ed ascolto una ragazza che parla, mentre in realtà c'è un uomo sul mio divano. La persona folle sono io stesso.*⁴

L'autore ebbe in quest'occasione la disponibilità a lasciarsi transferalmente assimilare alla madre del paziente, la quale vedeva una bambina là dove c'era un bambino. L'intero svolgimento dell'analisi dimostra che la madre del paziente, nel momento in cui cominciò a prendersi cura di lui fisicamente, lo faceva come se non riuscisse a vedere in lui un maschio (era il secondo bambino ed anche il primo era un maschio). Il risultato nel paziente fu che, pur mantenendo la certezza di un'identità maschile, aveva però portato con sé la convinzione che per avere una relazione con sua madre avrebbe dovuto essere femmina.

A questo proposito Winnicott⁵ parla della *«funzione di specchio della madre»* intendendo con questo che quando il lattante guarda il viso della madre vede se stesso, la madre riflette il suo stato d'animo. Nei primi stadi dello sviluppo emozionale del bambino, infatti, una parte vitale è rappresentata dall'ambiente che in realtà il bambino non ha ancora separato da sé. Le funzioni principali dell'ambiente sono riconducibili al contenere, manipolare e presentare l'oggetto: un bambino viene tenuto e manipolato in maniera soddisfacente e quando gli si presenta un oggetto lo utilizza credendo che questo oggetto sia stato creato da

⁴ *Ibidem*, p. 132.

⁵ Winnicott, D. W. (1967), *"La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile"*, in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974, p. 189.

lui stesso (oggetto soggettivo), in questo modo si rinforza l'esperienza dell'onnipotenza.

Attraverso il caso clinico citato Winnicott ebbe la possibilità di verificare la presenza di elementi maschili e femminili sia in uomini sia in donne, tali aspetti vennero chiamati «*puro elemento femminile e puro elemento maschile*». Nel contesto del rapporto oggettuale ciò che si definisce come "maschile" ha a che fare con lo stabilire un rapporto attivo o il subire un rapporto passivo, entrambi sono sostenuti dalla pulsione istintuale. In contrapposizione il puro elemento femminile ha un rapporto con il seno o con la madre nel senso che "*il bambino diventa il seno o la madre, l'oggetto è il soggetto*"⁶, secondo l'autore una madre sufficientemente buona avrà la capacità di far sentire al bambino che il seno è il bambino, questo non implica nessuna pulsione istintuale.

Nello sviluppo infantile, quando l'Io inizia ad organizzarsi, la relazione d'oggetto del puro elemento femminile stabilisce l'esperienza di essere e questo forma la sola base per la scoperta di sé e del senso di esistere. L'elemento maschile *fa* mentre l'elemento femminile è:

*Dal lato dell'elemento maschile l'identificazione deve basarsi su meccanismi mentali complessi, che hanno bisogno di tempo per apparire, per svilupparsi e per insediarsi come parte della dotazione del neonato. Ma dal lato dell'elemento femminile l'identità richiede una struttura mentale così ridotta che questa identità primaria può essere una caratteristica fin dagli inizi, e le fondamenta di un essere semplice possono essere gettate, per così dire, il giorno della nascita, o prima, o poco dopo.*⁷

⁶ Op. cit., vedi nota 3, p. 142.

⁷ *Ibidem*, p. 143.

Secondo Gaddini De Benedetti⁸ l'elemento maschile e quello femminile appartengono all'Organizzazione Mentale di Base, concetto, teorizzato da E. Gaddini⁹, con cui si intende un'attività mentale primitiva basata sulle sensazioni che si accompagnano a determinati funzionamenti corporei. L'elemento femminile ha a che fare con "l'essere" e l'elemento maschile con "il fare che emerge dall'essere". La parte più significativa nella formazione del Sé è costituita dalla fase più precoce delle cure materne (contatti epidermici, visivi, vocali, ecc...). Un'ulteriore rilevanza hanno anche le fasi successive, quelle in cui intorno al bambino vi è il padre e i genitori insieme e il rapporto che intercorre tra i due; le loro aspettative, manifeste o meno, influenzano la formazione del Sé e quindi dell'identità di genere, e possono rinforzare, modificare od orientare.

È possibile rintracciare notevoli corrispondenze tra il pensiero di Winnicott e quello di E. Gaddini rispetto a questa duplice disposizione originaria verso l'oggetto.

E. Gaddini distingue, nelle prime fasi del rapporto con l'oggetto, due aree di esperienza mentale: *"area psicosensoriale e area psicoorale."*¹⁰ La prima dà inizio alla percezione primitiva attraverso il corpo, la seconda è legata invece al graduale riconoscimento percettivo di stimoli esterni al Sé, come avviene attraverso l'attività orale.

Mentre le esperienze psicosensoriali tendono ad allontanare il

⁸ Gaddini De Benedetti, R. (1988), *"Identità di genere e processo di differenziazione"*, in *Del genere sessuale* a cura di L. Russo e M. Vigneti, Borla, Roma.

⁹ Gaddini, E. (1981), *"Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico"* in *Scritti (1953-1985)*, Cortina, Milano, 1989.

¹⁰ Gaddini, E. (1974), *"Formazione del padre e scena primaria"* in *Scritti 1953-1985*, Cortina, Milano, 1989, p. 328.

riconoscimento dell'oggetto come altro da sé, ed esprimono disposizione ad essere l'oggetto, le esperienze psicoorali confrontano il bambino con l'oggetto in un modo più stringente e reale, promuovendo i desideri, i conflitti, le frustrazioni, l'angoscia istintuale, e così via, ed esprimendo in sintesi la disposizione ad avere, a possedere l'oggetto.¹¹

L'attività dell'area psicosensoriale si sviluppa secondo un modello funzionale "imitare per essere" e conduce all'immagine allucinatoria e alle imitazioni, nella direzione di "essere" l'oggetto e quindi di non riconoscerlo come esterno e separato. L'attività dell'area psicoorale si sviluppa invece secondo il modello funzionale dell'introiezione e conduce alle fantasie di fusione attraverso l'immissione dell'oggetto nel proprio Sé, nella direzione di "possedere" l'oggetto, questo comporta il graduale riconoscerlo come esterno dal Sé.

La nascita del padre

L'insufficiente teorizzazione della figura paterna nella teoria dello sviluppo comporta una scarsa esplorazione della funzione che tale figura occupa nello sviluppo del bambino.

Quello che la teoria psicoanalitica dello sviluppo precoce evidenzia è che "la nascita del padre" si colloca lungo il processo della scena primaria che accompagna quello di separazione-individuazione del bambino dalla madre, processo che permette al bambino di differenziare il Sé dall'oggetto, costruendo la realtà personale e quella esterna. È in questa delicata esperienza di crescita che il padre è presente, fin dall'inizio, nella mente della madre come partner sessuale e come padre del figlio. In altri

¹¹ *Ibidem.*

termini, la madre presenta consciamente e inconsciamente l'oggetto padre e questo si lega con la sua relazione con lui in quanto compagno e in quanto padre.

In entrambi i casi il partner è investito dalle fantasie della madre in relazione alla figura paterna, il partner-padre verrà confrontato con il proprio padre e verrà presentato al bambino così come è vissuto dalla madre stessa.

Secondo E. Gaddini quando il padre fa la sua comparsa, non dipende naturalmente dal padre, ma dal livello di percezioni visive e auditive che il bambino ha raggiunto che gli consentono un certo grado di responsività a stimoli a distanza legati alla presenza del padre.

È probabilmente a partire dal terzo-quarto mese di vita che la funzione paterna va differenziandosi lungo il processo di scena primaria individuato da Gaddini dai 4/6 mesi alla seconda metà del terzo anno. Lo scarto che la madre introduce gradualmente tra i bisogni del bambino e il loro appagamento porta il bambino a sperimentare con maggiore continuità la differenza tra sé e l'oggetto e ciò comporta la disillusione sulla propria onnipotenza e la percezione del limite e della dipendenza. In questo momento si fantasmaticizza la madre estranea, descritta da E. Gaddini come madre irricognoscibile, che è momentaneamente indisponibile a soddisfare il bambino, poiché è anche la madre impegnata in un rapporto affettivo intenso con il padre.

Anche secondo Winnicott il padre ad un certo punto comincia ad essere vissuto con un ruolo differente, *"il bambino sembra usare il padre come modello per la propria integrazione, mentre diventa di tanto in tanto un'unità."*¹²

¹² Winnicott, D.W. (1969), *"Sull'uso di un oggetto"*, in *Esplorazioni psico-analitiche*, Cortina, Milano, 1995, p.264.

Nella teoria sulla nascita psicologica del bambino avanzata da Mahler,¹³ si evidenzia che a metà del secondo anno di vita, accanto allo sviluppo delle facoltà cognitive e alla sempre maggiore differenziazione della vita affettiva, si verifica anche una notevole diminuzione della precedente indifferenziazione alla frustrazione e del relativo disinteresse alla presenza della madre. Nel bambino aumenta la consapevolezza di essere separato, stimolato dallo sviluppo cognitivo e dalla capacità acquisita di allontanarsi fisicamente dalla madre, sembra per questo che abbia un maggiore bisogno che la madre condivida con lui ogni nuova esperienza. Per questo motivo l'autrice ha usato per questa sottofase del processo di separazione-individuazione il termine "riavvicinamento".

Secondo l'autrice, in questo periodo, il desiderio del bambino di accrescere la propria autonomia comporta anche l'inclusione del padre all'interno della diade Madre-figlio. Gaddini De Benedetti¹⁴ riporta che sotto l'aspetto dell'identità lo sviluppo dell'individuo può essere considerato come l'andare dal rapporto con il seno e con la madre primaria al rapporto con il padre, mediatore questo del rapporto con il mondo esterno.

La costituzione dell'identità di genere

Il concetto di identità di genere fece la sua comparsa nella letteratura psicologica agli inizi degli anni sessanta come risultato del lavoro clinico di Stoller.¹⁵ L'autore introduce il concetto di

¹³ Mahler, M. S. - Pine F. - Bergman, A. (1975), *"La nascita psicologica del bambino"*, Boringhieri, Torino, 1978.

¹⁴ Op. cit., vedi nota 8.

¹⁵ Stoller, R. J. (1964), *"A contribution to a study of gender identity"*, in *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, pp. 220-226.

identità di genere definendolo come un complesso sistema di credenze circa se stessi che si riferisce al sentimento di appartenenza all'uno o all'altro sesso, la consapevolezza della propria mascolinità e femminilità, indipendente dall'appartenenza biologica all'uno o all'altro sesso.

Stoller propose anche il concetto di *identità di genere nucleare* e lo considerò come prodotto dalla relazione bambino-genitore, dalla percezione da parte del bambino dei suoi genitali esterni e da una forza biologica che proveniva dalle variabili biologiche del sesso (cromosomi, gonadi, ormoni, strutture riproduttive interne e genitali esterni). Egli aveva inoltre aggiunto che mentre il processo di sviluppo dell'identità di genere continuava in maniera intensa almeno fino alla fine dell'adolescenza, l'identità di genere nucleare è pienamente raggiunta prima che sia raggiunta la fase fallica. In seguito la descrisse come una struttura psichica non passibile di cambiamento dopo i 2 o 3 anni e derivata in grande misura dal sesso in cui i bambini erano stati allevati.

Stoller ha messo in evidenza, attraverso dati clinici ed osservativi, che quando gravano aspettative incompatibili delle diverse figure di accudimento sul bambino o sulla bambina, questi si sviluppano in un mondo di spinte conflittuali che influenzano il loro ruolo di genere e, in situazioni gravemente patologiche, la loro identità di genere.

Lichtenberg¹⁶ evidenzia che il sesso del neonato porta le diverse figure di accudimento a far circolare le proprie aspettative consapevoli e inconsce sul bambino o sulla bambina. L'autore evidenzia che il bambino non è vittima passiva, che ogni sesso è portatore di dati biologici, di modelli innati di relazionalità

¹⁶ Lichtenberg, J.D. (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Cortina, Milano, 1995.

interpersonale, che individualizzeranno la mascolinità o la femminilità del suo essere bambino o bambina.

Lichtenberg, riprendendo gli studi che individuano le differenze tra mascolinità e femminilità, riferisce che le risposte sensoriali sono generalmente meglio organizzate nelle neonate che nei neonati. Nelle femmine, infatti, si nota una maggiore responsività al gusto, maggiore attività della bocca, maggior coinvolgimento della lingua durante l'allattamento, nonché una più intensa sensibilità tattile complessiva. Ciò può comportare che *“una madre può trovare che l'eccitazione ottimale di una bambina proviene da una manipolazione più delicata e che la bambina risponde particolarmente bene alla consolazione orale”*, laddove *“lo stato ottimale di attivazione del neonato maschio può richiedere una manipolazione più attiva e l'essere sballottato e girato come modalità di conforto.”*¹⁷ Facilmente nelle fantasie dei genitori questo si traduce in attribuzione di modelli: la bambina è delicata e dolce, ha più bisogno di vicinanza fisica e di sentirsi parlare, il maschio è forte e robusto, ha più bisogno di interagire attivamente, modelli questi che imprimono l'identità di genere nei bambini di entrambi i sessi e perdurano lungo il primo anno di vita.

Alla fine del primo anno, nella reciproca interazione sociale tra bambino e famiglia, mascolinità e femminilità sembrano ben stabilite. Si osserva, inoltre, che nel primo e nel secondo anno i genitori rinforzano quei comportamenti che considerano appropriati al ruolo sessuale del bambino e questo li apprende indipendentemente da qualsiasi motivazione interna.

A partire dai tre anni i bambini di entrambi i generi sviluppano

¹⁷ *Ibidem*, p. 281.

guide interne per seguire questa classe di comportamenti precedentemente rinforzati. Durante il terzo anno, poi, bambini e bambine reagiscono con ansia alla vista dei genitali dell'altro sesso.

L'autore sottolinea che tra i 18 e i 24 mesi l'identità di genere è probabilmente stabilita in maniera salda e immutabile e che l'attività masturbatoria, in questo periodo, è responsabile del consolidamento sia dell'identità di genere che del ruolo di genere e sia dell'immagine e della funzione dei genitali nei bambini dei due sessi. Da questa ipotesi Lichtenberg fa scaturire due conseguenze: la prima è che il bambino, data la visibilità e la manipolabilità dei suoi genitali, integra questi più facilmente nella propria identità di genere rispetto alle bambine; la seconda conseguenza è che il tipo di risposta delle persone che accudiscono il bambino ai suoi stati di eccitazione masturbatoria influenzeranno la connotazione affettiva della motivazione sessuale.

Sembra importante sottolineare che per superare l'ansia traumatica che deriva dalla scoperta della differenza tra i sessi, i bambini di entrambi i generi hanno bisogno soprattutto di sentire che il proprio sesso è riconosciuto ed amato dal padre e dalla madre. Per la bambina la madre, in quanto donna, rimane la figura costante d'identificazione per il conseguimento della sua identità di genere, mentre per il maschio è il padre il modello identificatorio che aiuta lo strutturarsi della sua identità di genere.

Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva

La definizione di identità di genere ha reso possibile un ulteriore sviluppo del pensiero nei riguardi di condizioni umane in cui la realtà esterna del corpo e la percezione soggettiva nel mondo

interno non coincidono. In alcuni casi una relazione armonica fra la rappresentazione interna del corpo e il corpo stesso non è stata raggiunta, con una conseguente sensazione di estraniamento all'interno di se stessi. Queste sono le condizioni in cui si verifica uno sviluppo atipico dell'identità di genere.

All'inizio degli anni ottanta la categoria clinica "Disturbo dell'Identità di Genere" (DIG) fece la sua comparsa per la prima volta nella classificazione psichiatrica americana nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali* (DSM).

Tabella 1 *Criteri diagnostici del DSM-IV per il disturbo dell'identità di genere*

A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non un semplice desiderio di appartenere al sesso opposto per usufruire dei vantaggi culturali considerati ad esso legati).

Nei bambini devono essere presenti almeno quattro delle modalità sottoelencate:

1. desiderio ripetutamente dichiarato di appartenere al sesso opposto, o insistenza sul fatto di appartenere al sesso opposto;
2. nei maschi, preferenza per l'abbigliamento o acconciature femminili; nelle femmine, insistenza nel voler indossare abiti tipicamente maschili;
3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di finzione o fantasie persistenti di appartenere all'altro sesso;
4. desiderio intenso di partecipare ai giochi e passatempi tipici dell'altro sesso;
5. forte preferenza per i compagni di gioco dell'altro sesso.

Negli adolescenti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o di essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

B. Disagio persistente riguardo al proprio sesso o senso di inappropriatezza nel ruolo sessuale ad esso connesso.

Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi:

nei maschi, dichiarazioni sul fatto che il pene o i testicoli sono disgustosi o scompariranno o che sarebbe meglio non avere il pene; oppure avversione per i giochi maschili violenti e rumorosi e disprezzo e rifiuto per i giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili;

nelle femmine, rifiuto di far pipì in posizione seduta, affermazione di avere un pene o che sta crescendo, o di non volere che il seno cresca o di avere le mestruazioni, oppure rifiuto marcato per gli abiti tradizionalmente femminili.

Negli adolescenti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie o convinzione di essere nati del sesso sbagliato.

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.

D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento.

Nel DSM-IV, al momento, il disturbo dell'identità di genere fa parte di un certo numero di sindromi classificate in base al contenuto dei sintomi, senza alcuna considerazione per l'eziologia (vedi tab.1). In alternativa, nella "Classificazione diagnostica: 0-3" che è stata proposta dal National Center for Clinical Infant Programs (1994) di Washington, il DIG è stato inserito all'interno della più globale categoria dei disturbi dell'affettività, nello sforzo di sottolineare la primaria importanza clinica delle difficoltà pervasive e generalizzate nella regolazione degli affetti manifestate da bambini con DIG e dalle loro famiglie.

La presenza di interessi tipici del sesso opposto è un fenomeno che si manifesta sia nel corso del normale sviluppo sia quando i normali processi evolutivi vengono alterati, talvolta, comportamenti tipici del sesso opposto rappresentano solo una breve fase di transizione, soprattutto nel bambino di due anni. In altri casi indicano una "flessibilità di genere" e in altri casi ancora, rappresentano un segnale di sofferenza intensa e possono dare l'avvio a serie difficoltà emotive che porteranno a disturbi duraturi. Quando, nel bambino, le preoccupazioni relative al genere assumono un carattere intenso, persistente e invasivo, la condizione viene definita Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) nell'infanzia.

L'inizio del disturbo si situa generalmente tra la fine del primo anno di vita e il terzo, anche se solitamente i bambini giungono

all'osservazione clinica in concomitanza con l'inizio della scolarizzazione, su segnalazione degli insegnanti e/o perché i genitori si preoccupano del fatto che quella che essi consideravano una "fase" non accenni a passare.

In alcuni casi l'inizio del disturbo si presenta in maniera graduale, in altri, invece, si sviluppa rapidamente e il comportamento del sesso opposto del bambino, tra cui vestire abiti materni, indossare gioielli e scarpe col tacco e giocare con il trucco, si consolida rapidamente nell'arco di poche settimane o mesi. I comportamenti tipici del sesso opposto emergono nella bambina all'incirca nello stesso periodo e più frequentemente sono accompagnati dall'insistenza di voler indossare abiti maschili. Entrambi i casi sono accomunati dal fatto che gli interessi tipici del sesso opposto avranno una qualità pressante e insistente a cui manca però la gioia e la spontaneità tipica dei normali giochi dei bambini.

L'isolamento, l'ostracismo e le prese in giro dei compagni sono conseguenze comuni per i maschi in quanto essi, spesso, mostrano atteggiamenti e preferenze ludiche marcatamente femminili...Le femmine, invece, sono generalmente meno rifiutate dai compagni.

Non esiste una stima attendibile riguardo all'incidenza del DIG nell'infanzia, nella popolazione generale. L'esperienza clinica indica che si tratta di una sindrome piuttosto rara. I maschi vengono inviati per una valutazione più spesso delle femmine con un rapporto approssimativo di 5:1;¹⁸ tale sproporzione di segnalazione può, almeno in parte, riflettere la maggior stigmatizzazione che l'assunzione del comportamento del sesso

¹⁸ Lertora, V. — Conti, M. — Nasorri, C. (2002), *"Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva: attività clinica e di ricerca"*, Congresso Nazionale Sezione Psicologia Clinica, 13-14/9/2002, Bellaria - Rimini.

opposto comporta per i maschi rispetto alle femmine.

Ipotesi eziopatogenetiche

Superata la contrapposizione tra componenti genetiche ed ambientali, le ricerche più recenti e l'esperienza clinica confermano la validità del modello multifattoriale-interazionista che include la presenza di fattori biologici predisponenti, per la genesi del DIG. Tale disturbo dipenderebbe quindi da una disarmonia nell'ambito della costellazione di fattori, sia costituzionali sia ambientali, da cui si origina l'identità di genere stessa.

La letteratura circa l'influenza dei fattori biologici sulla differenziazione sessuale spazia nei campi della genetica del comportamento, della genetica molecolare, dell'endocrinologia prenatale, dello stress materno, della neuro-psicologia, della neuroanatomia e dell'antropologia fisica. Una recente revisione della letteratura da parte di Stoller¹⁹ segnala che in casi di orientamento sessuale atipico o di DIG, fattori genetici e gonadici possono predisporre alcuni soggetti ad un'alterazione dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere. Tuttavia, fino ad oggi, nessun fattore strutturale è stato identificato come determinante nell'eziopatogenesi del DIG.

Per quanto riguarda le ipotesi psicodinamiche alcuni autori segnalano la maggiore vulnerabilità dell'identità di genere nel maschio a causa del suo coinvolgimento precoce con la madre. Il bambino, infatti, per accedere alla mascolinità dovrebbe contrapporsi alla figura primaria di identificazione, la madre,

¹⁹ Op. cit., vedi nota 15.

esaltando ciò che lo differenzia, vale a dire il pene. In particolare Stoller²⁰ nel suo studio su ragazzi transessuali, mostra che questi hanno avuto madri che li trattavano come un'estensione di loro stesse, ipotizzando che tale modalità relazionale sia all'origine del senso di femminilità del ragazzo.

A sua volta Greenson²¹ ritiene fondamentale la minaccia di fusione con la madre. In particolare adopera il termine "disidentificarsi" per definire i processi complessi e interrelati che si verificano nella lotta del bambino per liberarsi dalla primitiva fusione simbiotica con la madre. La capacità del bambino di disidentificarsi dalla madre determinerà il successo o il fallimento della successiva identificazione con il padre. L'esito di tale processo sarà determinato da diversi elementi: la madre deve essere disposta a permettere al bambino di identificarsi con la figura paterna; può facilitarlo se gode e ammira in modo genuino le caratteristiche e le capacità maschili del bambino, e se, proiettandosi al futuro, guarda al suo ulteriore sviluppo lungo questa linea. L'altra componente cruciale di questo cambiamento di identificazione nel maschio consiste nei motivi che il padre gli offre per identificarsi con lui.

Greenacre²² e Gaddini²³, in linea con la teoria freudiana, sostengono invece che il maschio sia facilitato nel processo di separazione da aspetti biologici, quali la differenza anatomica dalla madre, il tipo più espansivo di attività motoria e l'aggressività in

²⁰ Stoller, R. J. (1972), *"The Bedrock of masculinity and femininity"*, in *Archives of General Psychiatry*, 26, 207-212.

²¹ Greenson, R. (1993), *"La disidentificazione dalla madre: la sua particolare importanza per il maschiotto"*, in D. Breen *L'enigma dell'identità dei generi*, Borla, Roma, 2000.

²² Greenacre, P (1971), *"Emotional growth"*, in *Studi psicoanalitici dello sviluppo emozionale*, Martinelli, Firenze, 1979.

²³ *Op. cit.*, vedi nota 10.

genere. La femmina, da parte sua, quando scopre le differenze anatomiche tra i sessi e sperimenta l'invidia del pene, sarebbe spinta ad un riavvicinamento fortemente ambivalente verso la madre, riconosciuta uguale a sé, ma al contempo vissuta quale agente castrante.

In ogni caso, il processo di separazione-individuazione sembra influenzare profondamente l'acquisizione psicologica dell'identità di genere, soprattutto per le peculiari vicissitudini che insorgono nel periodo dai 18 mesi ai 3 anni. In questa delicata fase dello sviluppo vengono ad assumere un'importanza estrema le caratteristiche di personalità della madre, richiedendosi da parte sua una buona capacità di tollerare gli attacchi aggressivi del bambino e di accettarne la separazione, come fisiologica tappa evolutiva. Il ruolo della madre viene peraltro facilitato dalla presenza, nella sua mente, di una figura maschile che richiami i due soggetti della relazione simbiotica ad una triangolazione. Ne deriva che la figura paterna, o quantomeno la sua rappresentazione nella mente materna, ha un ruolo fondamentale nel processo di separazione e nella successiva caratterizzazione sessuale di entrambi i sessi.

Di Ceglie²⁴, fondatore della sezione della Tavistock Clinic di Londra che si occupa dei disturbi dell'identità di genere, ha proposto il concetto di "*organizzazione atipica dell'identità di genere*" (*atypical gender identity organization* — AGIO), più adatto per una comprensione multidimensionale del fenomeno.

Secondo l'autore sono due i punti da evidenziare: in primo luogo l'AGIO ha la funzione di assicurare un senso di sopravvivenza psicologica di fronte ad esperienze di catastrofe

²⁴ Di Ceglie, D. (1998), *Uno straniero nel mio corpo*, Franco Angeli, Milano, 2003.

psichica e caos nella prima infanzia; in secondo luogo potrebbe essere un modo di integrare esperienze atipiche che hanno una base biologica con percezioni nell'area sessuale.

Le caratteristiche cliniche dell'AGIO, rilevanti ai fini della gestione clinica, riguardano i seguenti aspetti:

1. *rigidità-flessibilità*: è importante chiedersi quanto sia rigida tale organizzazione psichica, quanto invece sia suscettibile di evoluzione;
2. *epoca di formazione dell'AGIO*: più è precoce, più è probabile che diventi rigidamente strutturata;
3. *presenza/assenza di eventi traumatici identificabili*;
4. *collocazione dell'AGIO nel continuum tra la posizione schizo-paranoide e la posizione depressiva*.

Facendo riferimento alla teoria di M. Klein, se l'AGIO si forma sotto il predominio della posizione schizo-paranoide, si riscontrano un uso massiccio dell'identificazione proiettiva e dei processi di scissione, perdita di contatto con la realtà esterna, limitata capacità di simbolizzazione, bassa tolleranza della frustrazione, incertezza nell'acquisizione di conoscenze. Di conseguenza si avrà un'organizzazione rigida, incapace di integrare le informazioni del mondo esterno, a partire dal proprio dato corporeo, con un grave disturbo dell'immagine corporea. In questi casi poco è lo spazio per il cambiamento o l'adattamento.

Se l'AGIO si sviluppa sotto il predominio della posizione depressiva ne risulterà una struttura più fluida, capace di simbolizzare i conflitti, con la possibilità di raggiungere l'ambivalenza e con un maggiore spazio per rappresentazioni multiple di sé e dell'oggetto.

Nel lavoro di Di Ceglie vengono delineate due costellazioni psichiche, una per i maschi e l'altra per le femmine, che

caratterizzano l'AGIO. Per quanto riguarda i primi, Coates e Person²⁵ riportano che molti bambini e adolescenti maschi con DIG presentano un disturbo da ansia di separazione. I bambini con DIG, incapaci di tollerare la frustrazione del distacco dalla madre o da altre figure significative, vivono la separazione come una vera catastrofe psichica che potrebbe provocare la disintegrazione del Sé, da cui si difendono con meccanismi di scissione: da una parte la figura della madre idealizzata e dall'altra la figura materna persecutoria. Attraverso il meccanismo dell'identificazione proiettiva, il bambino si identifica con una madre idealizzata altamente gratificante. In questo modo egli diventa la madre, con la conseguenza che non c'è niente da temere e prova un grande senso di sollievo. La sopravvivenza psichica è garantita al costo di negare una parte della realtà esterna e, in particolare, il corpo maschile del bambino.

Nel caso delle bambine sembra che si realizzi una sequenza diversa. La bambina percepisce la madre debole, vulnerabile e in pericolo. In alcuni casi può essere stata testimone di violenze psicologiche, verbali o fisiche da parte del padre nei confronti della madre, in associazione ad una percezione della madre come depressa, non reattiva e danneggiata. La bambina percepisce che il suo ruolo nella vita è quello di proteggere questa madre danneggiata e che per realizzare questo deve essere un uomo. In questo modo la bambina si assicura la sopravvivenza psichica: essendo un maschio potrà garantire l'incolumità della madre e proteggersi dalla prospettiva di un analogo destino.

Le dinamiche psichiche dei bambini che presentano un DIG

²⁵ Coates, S. —Person, E. (1985), *"Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder?"*, in *Journal of Academic Child Psychiatry*, 24.

sembrano caratterizzate anche dal meccanismo dell'imitazione così come postulato da E. Gaddini. Secondo l'autore *"l'imitazione è legata, in origine, con la percezione, nel senso che la percezione primitiva è fisicamente imitativa. Nelle prime settimane di vita il bambino percepisce modificando il proprio corpo in relazione allo stimolo. In questo modo, il bambino non percepisce lo stimolo reale, ma la modificazione intervenuta nel proprio corpo."*²⁶. Queste "percezioni imitative" sono strettamente influenzate dalla modalità di soddisfazione dei bisogni a cui il bambino è sottoposto.

In assenza dell'oggetto gratificante, per porre termine alle sensazioni penose che derivano dalla sua mancanza, il bambino allucina l'oggetto gratificante e vive questa immagine come realtà. Questa *"immagine allucinatoria"* è considerata da Gaddini il *"prototipo psichico dell'imitazione"*. Da questo momento il modello fisico "imitare per percepire" si tramuta nel modello psichico parallelo in cui percepire diventa "essere". Questo modello psichico dell'imitazione s'instaura in assenza dell'oggetto, il suo fine sembra quello di ristabilire in modo magico e onnipotente la fusione del Sé con l'oggetto. L'autore sottolinea che queste fantasie di fusione possono caratterizzare i primi mesi di vita ma possono durare anche nel periodo preedipico.

L'intensità del processo imitativo sembra notevolmente influenzata dal grado di frustrazione delle attività orali, nel senso che essa aumenta in proporzione a tali frustrazioni. Le *"frustrazioni in senso assoluto"*, dovute cioè a una decisa carenza delle gratificazioni orali, conducono a manifestazioni imitative fortemente regressive e dannose. Inoltre quanto più è precoce il periodo dello sviluppo interessato tanto più saranno gravi le

²⁶ Gaddini, E. (1969), *"Sulla imitazione"* in *Scritti 1953-1985*, cit., p. 162.

conseguenze.

Gaddini riporta il caso di Lance, un bambino di cinque anni e mezzo, descritto da Greenson, che si comportava *"come un adulto affetto dalla perversione del travestitismo"*²⁷. Il bambino già intorno agli undici mesi voleva indossare le scarpe della madre e della sorella e gradualmente iniziò ad utilizzare abiti femminili fino a quando cominciò a insistere di voler vestirsi come una bambina.

Nel descrivere il comportamento di Lance in analisi, Greenson sottolinea che il bambino aveva *"fame di identificazione e imitazione"*, bastava che Lance guardasse ciò che faceva un'altra persona, per essere capace di ripeterlo perfettamente: *"Quando giocava con un camion o un'automobile, egli diventava il camion e l'automobile."*²⁸.

Del rapporto con la madre Greenson dice che *"l'essere stato eccessivamente esposto a stimolazioni tattili e visive con il corpo della madre contribuì a confondere la sua identità di genere."*²⁹. La madre di Lance venne analizzata da R. Stolle³⁰ che confermò le ipotesi di Greenson. Il bambino, infatti, per tutto il primo anno di vita era stato seduto o raggomitolato nel corpo della madre la quale, inoltre, permetteva al figlio di stare con lei ogni volta che era nuda.

Secondo Gaddini il rapporto della madre con Lance era estremamente immaturo, di tipo simbiotico, e tale da non consentire al bambino di sviluppare vere identificazioni. Di

²⁷ *Ibidem*, p. 176.

²⁸ Greenson, R. (1966), *"Un bambino transessuale e un'ipotesi"*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Boringhieri, Torino, 1984, p.255.

²⁹ *Ibidem*, p. 264.

³⁰ Stoller, R. J. (1966), *"The Mother Contribution to Infantile Transvestic Behavior"*, in *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, pp. 384-415.

conseguenza Lance non aveva avuto modo di sviluppare un vero senso della propria identità individuale né della propria identità di genere. Il suo rapporto oggettuale era fermo all'attività imitativa, secondo il modello "imitare per essere".

Trattamento

In base all'entità del disturbo viene deciso il tipo di assistenza, che nei casi più sfumati si avvale di colloqui ad orientamento psicopedagogico con i genitori, mentre nei casi conclamati consiste in interventi psicoterapici per i bambini ed in colloqui mensili di sostegno per i genitori.

La maggior parte degli autori sono concordi nel ritenere indispensabile l'intervento terapeutico sia per evitare al bambino il cronicizzarsi di situazioni di evitamento ed ostracismo sociale, soprattutto nel rapporto con i pari, sia per prevenire l'eventuale comparsa in età adulta di gravi disturbi della sfera psicosessuale o il consolidarsi di organizzazioni patologiche di personalità.

Parallelamente al lavoro con i bambini è importante anche quello con i genitori. Zucker e Bradley³¹ riportano che la psicoterapia con i bambini sarebbe più efficace se i genitori elaborassero le dinamiche familiari legate ai sintomi del figlio.

L'obiettivo del trattamento, pur non riguardando di per sé l'identità di genere, solitamente coinvolge anche la ristrutturazione dell'identità di base del soggetto. Di Ceglie³² propone dieci obiettivi terapeutici utili nel trattamento di bambini con DIG:

³¹ Zucker, K. - Bradley, S. J. (1995), *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, The Guilford Press, New York.

³² *Op. cit.*, vedi nota 24.

1. *Incoraggiare il riconoscimento e l'accettazione non giudicante del problema di identità di genere.* È importante per aiutare questi bambini a superare i sensi di colpa derivanti dal giudizio esplicito o implicito della famiglia e del gruppo sociale.
2. *Alleviare le difficoltà emotive, comportamentali e relazionali.* Diversi autori³³ riferiscono che questi bambini presentano spesso altre difficoltà emotive e comportamentali quali l'ansia da separazione e la depressione.
3. *Interrompere il circuito della segretezza.* Nei genitori, negli insegnanti e negli specialisti in genere c'è una grande resistenza che porta a non riconoscere tempestivamente i problemi di identità di genere. Per questo il bambino cerca di nascondere e di scindere quest'area di funzionamento dalla consapevolezza della famiglia. Il superamento della segretezza ha come conseguenza la messa in crisi dell'atteggiamento collusivo della famiglia e della scuola e può di per sé rivelarsi veicolo di cambiamento.
4. *Attivare curiosità ed interesse esplorando i blocchi che li ostacolano.* Un'altra caratteristica legata alla segretezza è la soppressione della curiosità intorno alla natura del problema, questo può portare ad un'alterazione dello sviluppo della normale curiosità. Il bambino introietta un'esperienza della curiosità come qualcosa di proibito e dunque il processo di apprendimento, che si basa sulla curiosità, viene bloccato.
5. *Incoraggiare l'esplorazione della relazione mente-corpo* attraverso la stretta collaborazione di diversi specialisti come psichiatri, psicoterapeuti, assistenti sociali, psicologi e pediatri.
6. *Permettere che si realizzi l'elaborazione del lutto.* Alcuni

³³ *Op. cit.*, vedi nota 25.

autori³⁴ hanno evidenziato in alcuni bambini con DIG, l'incapacità ad elaborare la perdita di una figura di attaccamento importante, questo può portare ad una identificazione fusionale concreta con l'oggetto perduto che interferisce con le altre identificazioni possibili nel corso dello sviluppo.

7. *Aiutare il bambino a sviluppare la capacità di formazione del simbolo e il pensiero simbolico.* Legata con il punto precedente è la difficoltà dei bambini con DIG ad utilizzare i simboli e il pensiero simbolico, mentre sembrano predominare nel loro funzionamento le aree in cui prevale il pensiero concreto.
8. *Promuovere la separazione e la differenziazione.* Nel corso della terapia devono essere esplorati la differenziazione tra "me" e "non me", tra sé e l'oggetto, e il superamento delle resistenze nei confronti di questo processo.
9. *Aiutare il bambino-adolescente e la famiglia a tollerare l'incertezza nell'area dello sviluppo dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale.* Il bambino e l'adolescente con DIG devono attraversare un periodo evolutivo in cui permane una qualche incertezza circa lo sviluppo dell'identità di genere e l'orientamento sessuale, questa incertezza può, a volte, risultare insopportabile.
10. *Mantenere viva la speranza.* Oltre ad imparare ad affrontare l'incertezza è fondamentale che il bambino-adolescente sia aiutato a mantenere la speranza di poter arrivare, attraverso il lavoro psicologico, ad una soluzione delle sue problematiche di identità di genere.

³⁴ Bleiberg, E. - Jackson L. — Ross, J. L., (1986): "Gender identity disorder and object loss?", in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (1).

Maddalena Mosconi, psicologa-psicoterapeuta, specializzata in psicoterapia psicoanalitica dell'infanzia e dell'adolescenza. Lavora presso il Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica (SAIFIP) e il Servizio per lo Sviluppo dell'Identità di Genere (SSIG), Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma.