

# IDENTITA' DI GENERE

## **Sesso, genere e orientamento sessuale**

Il termine *genere*, mutuato dalla linguistica e dalla filosofia, è stato usato per la prima volta attorno alla metà del secolo scorso per indicare le categorie maschile/femminile (*gender*) differenziandole dal sesso biologico maschio/femmina {*sex*}.

**Questa distinzione ha permesso di mettere in luce gli aspetti culturali, sociali e psicologici implicati nella “costruzione” di ciò che intendiamo per mascolinità e femminilità. In altre parole, che cosa significhi essere una “donna” o un “uomo” in una determinata società.**

# IDENTITA' DI GENERE

Il termine  **sesso**  si riferisce dunque allo stato biologico di un individuo: *femmina*, *maschio* o *interessessuale* (cioè combinazioni atipiche dei caratteri sessuali che possono riguardare i genitali esterni, gli organi riproduttivi, i cromosomi o gli ormoni sessuali).

Il termine  **genere** , invece, si riferisce agli atteggiamenti, ai sentimenti e ai comportamenti che una data cultura associa al sesso biologico di un individuo.

Questi atteggiamenti, sentimenti e comportamenti possono essere più o meno “normativi”, cioè più o meno compatibili con le aspettative sociali e culturali. Per meglio comprendere il concetto di genere è utile scomporlo nelle sue dimensioni costitutive. **L'identità di genere riguarda il senso soggettivo di appartenenza alle categorie di femminile e maschile (in poche parole, la percezione di sé come donna o come uomo).**

# IDENTITA' DI GENERE

Quando la propria identità di genere non “corrisponde” al proprio sesso biologico, la persona può definirsi o essere definita *transessuale* oppure appartenere alla categoria più ampia delle persone *transgender*.

L'*espressione di genere*, e il *ruolo di genere*, riguardano invece il modo in cui una persona “comunica” il proprio genere in una determinata cultura.

In altre parole, con **espressione di genere** intendiamo l'espressione esteriore (per es., il modo di vestirsi, parlare, muoversi, ma anche i propri discorsi, interessi ecc.), influenzata dalla cultura e dalle aspettative del contesto di appartenenza, dell'identità di genere. La propria espressione di genere può ovviamente essere più o meno “compatibile” con il modo in cui i ruoli di genere vengono socialmente prescritti e attesi.

# IDENTITA' DI GENERE

Già nel 1968 lo psichiatra e psicoanalista **Robert Stoller** chiariva la distinzione tra sesso biologico e genere:

“Il termine **genere** ha connotazioni psicologiche e culturali piuttosto che biologiche. Se i termini appropriati per il sesso sono ‘maschio’ e ‘femmina’, i corrispondenti termini per il genere sono ‘maschile’ e ‘femminile’; questi ultimi possono essere del tutto indipendenti dal sesso (biologico).

Il genere equivale al livello di mascolinità o femminilità in una persona e, nonostante molti esseri umani li possiedano entrambi, ovviamente nel tipico individuo maschio prevale la mascolinità e nel tipico individuo femmina la femminilità.

# IDENTITA' DI GENERE

**L'identità di genere** si forma a partire dal sapere e dalla consapevolezza, conscia o inconscia, di appartenere a un sesso e non a un altro, anche se, nel corso dello sviluppo, l'identità di genere diviene molto più complessa, nel senso che, per esempio, un individuo maschio può percepirsi non solo come un maschio ma anche come un uomo maschile oppure un uomo effeminato o perfino un uomo che fantastica di essere una donna.

# IDENTITA' DI GENERE

Gli ultimi cinquant'anni sono stati caratterizzati, soprattutto in Occidente, da un ripensamento radicale del genere e dei suoi stereotipi, e oggi gli scarti tra sesso e genere sono spesso vistosi. Molte “antiche certezze” dello schema binario maschile/femminile sono andate perdute. Nel mondo accademico e in diversi settori della cultura e del femminismo si è sviluppato un dibattito tra *essenzialisti* e *costruzionisti* circa il modo di pensare la sessualità umana e in particolare il concetto di genere.

Secondo l'approccio del costruzionismo sociale, fortemente influenzato dall'opera del filosofo francese **Michel Foucault** e dagli sviluppi teorici antifondamentalisti del postmodernismo, in particolare dall'opera della filosofa americana **Judith Butler**, è il contesto socioculturale a formare la sessualità umana. Per gli essenzialisti, invece, le categorie e le identità sessuali rappresentano caratteristiche personali stabili, tendenzialmente transculturali e transstoriche.

# IDENTITA' DI GENERE

“Quando parliamo del modo di amare di uomini e donne”, scrive Nancy Chodorow “ci troviamo nel territorio della cultura, del resoconto e della lingua.”

La teoria psicoanalitica, gran parte della psicologia accademica e praticamente tutta la letteratura psicologica popolare, continua la sociologa e psicoanalista americana, ha finito con “l'eccedere nel generalizzare e nell'universalizzare, contrapponendo tutti gli uomini a tutte le donne e presupponendo che maschilità e femminità (e le loro forme di espressione) siano entità singole anziché molte e variegate. [...] Il problema è come tener conto della soggettività differenziata secondo il genere senza trasformare la nostra considerazione in affermazioni oggettive sulla differenza di genere”.

# IDENTITA' DI GENERE

**L'area dei *gender studies*** si è notevolmente sviluppata a partire dalla fine degli anni Sessanta. Questa disciplina ha il merito di avere in qualche modo costretto psichiatri, psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti a “ripensare” le dimensioni del *maschile* e del *femminile* in modo più libero rispetto all'anatomia, agli stereotipi sociali e a posizioni teoriche, soprattutto in ambito psicoanalitico, ormai datate.

Grazie a questi studi sono stati fatti molti passi in avanti nella comprensione delle relazioni intersoggettive e delle diverse sessualità, contribuendo, per esempio, a ridurre il controllo della cultura patriarcale sulle donne e sulle persone omosessuali.



# IDENTITA' DI GENERE

Nell'ambito dei *gender studies*, alcune posizioni, in particolare quelle del costruzionismo radicale, tendono a minimizzare, se non addirittura a negare, le basi anatomico-fisiologiche delle rappresentazioni sessuali, leggendo tutto ciò che riguarda sesso e genere sotto forma di costruzione sociale. Queste posizioni radicali rischiano di trascurare l'importanza del corpo, della sua morfologia e della sua fisiologia, nel plasmare le nostre rappresentazioni mentali e nel costituire dunque una fonte primaria nell'organizzazione del Sé. Al tempo stesso, è importante ricondurre i concetti di maschile e femminile a un equilibrio psichico interno al soggetto in relazione non univoca con la sua matrice anatomica, sottoponendo anche la lettura del corpo e della sua fisiologia a una decostruzione delle ideologie che di volta in volta l'hanno determinata.

# IDENTITA' DI GENERE

La mancanza di conformità tra identità di genere, ruolo di genere e aspettative socioculturali legate al sesso biologico può costituire la base di un disagio che può assumere varie proporzioni, fino al rifiuto del proprio corpo sessuato e allo sviluppo di quadri che la diagnostica psichiatrica DSM-5 definisce ***disforia di genere***.

# IDENTITA' DI GENERE

Mentre l'identità di genere riguarda la percezione di sé come maschio o femmina, l'*orientamento sessuale* riguarda l'oggetto dell'attrazione erotico-affettiva: eterosessuale se è rivolta verso l'altro sesso, omosessuale se è rivolta verso lo stesso sesso, bisessuale se è rivolta verso entrambi i sessi.

L'*identità sessuale* (anche detta *identità di orientamento sessuale*) si riferisce all'esperienza soggettiva dell'orientamento sessuale, includendo una dimensione sia “personale”, che riguarda l'orientamento sessuale in cui la persona si riconosce e i relativi vissuti, sia “pubblica”, che ha a che fare con le modalità attraverso le quali la persona lo dichiara agli altri.

# IDENTITA' DI GENERE

Orientamento sessuale, identità sessuale, identità di genere e ruolo di genere sono concetti diversi e non sovrapponibili. Inoltre, un approccio psicologicamente corretto suggerirebbe l'uso del plurale: sono molte le omosessualità, così come sono molte le eterosessualità.

Tabella 8.1 Sesso, genere e orientamento sessuale.

	Definizione	Esempi
Sesso biologico		
Genere	Categoria anatomico-biologica di appartenenza Ruolo pubblico vissuto e generalmente riconosciuto dal punto di vista legale come bambina o bambino, ragazza o ragazzo, uomo o donna, frutto dell'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali	Femmina, maschio, condizioni di intersessualità Bambina, bambino, ragazza, ragazzo, donna, uomo, transgender (oppure di femmina, maschio se intesi come genere)
Genere assegnato	Genere attribuito generalmente alla nascita sulla base delle caratteristiche anatomico-fisiologiche dell'individuo	Femmina, maschio (intesi come genere)
Identità di genere	Senso soggettivo di appartenenza alle categorie di maschile o di femminile	"Sono una donna", "sono un uomo", transgender (oppure "sono femmina", "sono maschio" in senso di genere)
Ruolo ed espressione di genere		
Orientamento sessuale	Insieme di caratteristiche attribuite a un determinato genere dal contesto socioculturale e più o meno consapevolmente "interpretate" dall'individuo Indica il genere e le caratteristiche sessuali dell'oggetto dell'attrazione erotica-affettiva	Più o meno maschile, più o meno femminile. Per esempio: "non fare la femminuccia", "sii un vero uomo", "comportati come si addice a una ragazza" Eterosessuale, omosessuale, bisessuale
Identità sessuale		Eterosessuale, lesbica, gay, bisessuale
	Esperienza soggettiva dell'orientamento sessuale che include le modalità attraverso le quali viene dichiarato agli altri	

# IDENTITA' DI GENERE

Negli ultimi quarant'anni la comunità scientifica ha avviato una revisione radicale delle teorie che vedevano nell'omosessualità un esito patologico o comunque problematico dello sviluppo psichico. Per decenni sull'omosessualità sono state formulate e sostenute teorie scientificamente non dimostrate e non dimostrabili, diretta conseguenza di pregiudizi e preconcetti, oppure prodotto dell'esperienza clinica con pazienti omosessuali condizionati, e a volte deformati, dall'ostilità sociale che avevano interiorizzato.

Salvo rare eccezioni, fino alla metà del secolo scorso il mondo scientifico, psicoanalisi compresa, non era riuscito a contemplare la possibilità di un orientamento omosessuale "normale". Le teorie erano dominate da una radicale dicotomizzazione dei generi, oltre che da frequenti confusioni e sovrapposizioni tra orientamento sessuale e identità di genere.

# IDENTITA' DI GENERE

La situazione inizia a modificarsi attorno alla metà del XX secolo, quando gli studi di Alfred Kinsey (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, Gebhard, 1953) e di Evelyn Hooker (1957) inaugurano il cosiddetto *processo di depatologizzazione* dell'omosessualità.

Kinsey rivoluziona la concezione della sessualità umana facendo emergere, tra l'altro, la molteplicità e le sfumature degli orientamenti sessuali. Il sessuologo statunitense e i suoi collaboratori propongono la Heterosexual/Homosexual Rating Scale, meglio conosciuta come “Scala Kinsey”, un noto sistema di classificazione in cui l'orientamento sessuale costituisce un continuum che va dall'eterosessualità esclusiva (punto 0) e all'omosessualità esclusiva

Esclusivamente eterosessuale

0

Prevalentemente eterosessuale, ma in alcune circostanze omosessuale

1

Prevalentemente eterosessuale, ma spesso omosessuale

2

Eterosessuale e omosessuale in egual misura

3

Prevalentemente omosessuale, ma spesso eterosessuale

4

Prevalentemente omosessuale, ma in alcune circostanze eterosessuale

5

Esclusivamente omosessuale

6



# IDENTITA' DI GENERE

La psicoioga Hooker è invece nota per aver condotto un esperimento in cui ha somministrato alcuni test psicologici a gruppi di partecipanti etero- e omosessuali: dal confronto dei protocolli, valutati in cieco rispetto all'orientamento sessuale, non emerge la possibilità di distinguere i due gruppi e quindi di rintracciare indicatori psicopatologici dell'omosessualità.

Ma il cambiamento di rotta più significativo avviene nel 1973, quando l'American Psychiatric Association (APA) elimina dalla settima ristampa del DSM-II la diagnosi di omosessualità che fino ad allora era classificata, incredibilmente come la pedofilia, come una devianza sessuale. Nel DSM, tuttavia, l'omosessualità rimarrà nella sua variante "egodistonica" (ossia, indesiderata e non positivamente integrata nella propria identità) fino alla pubblicazione del DSM-III-R.

# IDENTITA' DI GENERE

È infatti nel 1987 che l'APA decide di eliminare anche questa variante, dopo aver riconosciuto il legame tra l'interiorizzazione dell'ostilità sociale e la non accettazione dell'orientamento sessuale (“omofobia interiorizzata”).

Le scelte dell'APA avranno un seguito considerevole: nel 1990, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) decide di eliminare la diagnosi di omosessualità dall'ICD; nel 1991, l'American Psychoanalytic Association (APsaA) dichiara di deplorare le discriminazioni verso le persone omosessuali e invita gli istituti di psicoanalisi a selezionare i candidati in base alle loro qualità e capacità e non al loro orientamento sessuale.

# IDENTITA' DI GENERE

La depatologizzazione dell'omosessualità in quanto tale (il che ovviamente non esclude che un individuo omosessuale, così come uno eterosessuale, sia suscettibile a ogni forma di disturbo mentale e della personalità) ha portato i clinici a ridimensionare le loro aspettative riguardanti il *perché* una persona sia omosessuale, considerando invece più rilevante parlare con lei di come vive ed esprime la sua omosessualità e le sue relazioni omosessuali. Già negli anni Settanta lo psicoanalista **Stephen Mitcheil** (1978) segnalava che l'approccio eziologico troppo spesso stimola uno sguardo eziopatologico. Tuttavia alcuni autori, tra i quali **Richard Isay** (1934-2012), uno dei primi psicoanalisti omosessuali a fare coming out, ritengono importante affermare che l'omosessualità, come del resto l'eterosessualità, è il risultato dell'incontro tra assetti biologici e sviluppi evolutivi.

# IDENTITA' DI GENERE

Essere omosessuali, dice Isay (1989,1996) sarebbe insomma un fatto costituzionale. *Diventare* gay o lesbica, invece, è un percorso psicologico in cui le relazioni e il contesto giocano un ruolo fondamentale. Questo mutamento di prospettiva ha portato molti terapeuti a occuparsi, come di regola fanno per i pazienti eterosessuali, più del *come* che del *perché*.

# IDENTITA' DI GENERE

L'ipotesi costituzionale dell'omosessualità non è affatto nuova. Sostenuta da studiosi ottocenteschi come Richard von Krafft-Ebing, Magnus Hirschfeld e Havelock Ellis, contemplata dagli stessi Freud e Jung e poi accantonata negli anni “dominanti” della psicoanalisi, alla fine del secolo scorso è tornata in auge grazie alla pubblicazione di una serie di ricerche scientifiche (per una rassegna vedi LeVay, 2010) che propongono argomentazioni suggestive, ma non definitive, a favore dell'ipotesi di un'influenza biogenetica nella determinazione degli orientamenti sessuali maschili (non esistono dati analoghi per quelli femminili). Lo stesso Dean Hamer, autore di uno degli studi più noti sulla genetica dell'omosessualità (vedi Hamer, Copeland, 1995) evidenzia che ogni orientamento sessuale, omo o etero, è talmente complesso che nessun fattore può esserne completamente responsabile.

# IDENTITA' DI GENERE

L'ipotesi genetico-costituzionale riaccende l'antica miccia del dibattito *nature vs nurture*, con una differenza: se in passato, per esempio durante il nazismo, il modello costituzionale era stato utilizzato per dimostrare l'intrinseca "anomalia" delle omosessualità, gli scienziati **Simon LeVay** e **Dean Hamer** ribaltano il teorema e offrono i loro studi alla "causa" della varietà non patologica delle identità e delle esperienze sessuali. È interessante notare come lo stesso modello esplicativo possa favorire la liberazione degli omosessuali dai pregiudizi sociali, ma anche ricondurli al discorso medico della patologia, che implica la curabilità. Al di là dell'uso più o meno politically correct delle ricerche sul *gene gay*, l'ipotesi della componente genetica non dovrebbe sorprenderci più di tanto: ogni condizione umana prevede un complesso intreccio biopsicosociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Chi aderisce oppure si oppone in modo unilaterale agli studi genetici sulle omosessualità non fa che riproporre un modello fasullo di DNA, basato sulla credenza che il gene rappresenti una grandezza irriducibile e immutabile, e che tra un gene potenzialmente attivo e un dato schema di comportamento esista una relazione causa-effetto - cosa alquanto lontana da ciò che presumibilmente accade. Corsi e ricorsi: quando Freud spostò l'attenzione dal piano fisiologico a quello psicologico, le vite umane sembrarono più ricche e più libere. Quando i biologi riportarono l'attenzione sul ruolo della genetica, molti provarono un analogo effetto liberatorio. Due modelli scientifici opposti, dei quali nessuno singolarmente convincente, assumono la stessa valenza emotiva. Un fatto curioso, che forse ci dice più della pervasività dell'efficacia della discriminazione nei confronti di gay e lesbiche che delle cause reali delle omosessualità.

# IDENTITA' DI GENERE

Tornando alla psicologia, la ricerca sull'omosessualità ha oggi ceduto il passo alla ricerca sul pregiudizio antiomosessuale (*omofobia, stigma sessuale*) e alle sue conseguenze sulle persone non-eterosessuali (*minority stress, omofobia interiorizzata*). Le più autorevoli organizzazioni scientifiche e professionali nel campo della salute mentale si sono da tempo pronunciate ufficialmente contro l'omofobia e contro ogni tentativo di “curare” l'omosessualità (APA, 2012; Drescher, 2010). Le cosiddette *terapie riparative*, dette anche *di conversione, di riorientamento* o *terapie ex-gay*, costituiscono una sedicente forma di psicoterapia, spesso dai confini incerti, volta a “cambiare” l'orientamento da omosessuale a eterosessuale, partendo dal pregiudizio che l'omosessualità sia una patologia e che l'eterosessualità sia la “meta naturale” dello sviluppo psicosessuale.



# IDENTITA' DI GENERE

Sono basate su premesse ideologico-religiose e non clinico-scientifiche e, come dimostrato dagli studi empirici, non solo non ottengono il risultato cercato, ma spesso causano gravi danni psicologici.

Per questa ragione sono state bandite dai protocolli di cura delle associazioni di psicologia e psichiatria (vedi Lingiardi, Nardelli, 2014; Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012).

# IDENTITA' DI GENERE

Talvolta alcuni interventi clinici, pur non essendo espressamente definibili come “riparativi”, sono comunque caratterizzati da pregiudizi antiomosessuali o da scarsa informazione. A questi atteggiamenti si può aggiungere l’“eterofilia” di quei terapeuti che ritengono l’eterosessualità una condizione comunque preferibile all’omosessualità. In definitiva, tanto più il terapeuta sarà condizionato dai pregiudizi antiomosessuali, tanto più tenderà al modello riparativo propriamente detto.

# IDENTITA' DI GENERE

Allora, quali sono i “confini” delle cosiddette “terapie riparative”? Si potrebbero differenziare le seguenti tre tipologie:

- 1) “terapie riparative” propriamente dette che utilizzano le teorie e/o i metodi promossi dalle associazioni di terapeuti riparativi;
- 2) “terapie” finalizzate alla “conversione eterosessuale” ma che non utilizzano i metodi strutturati e/o le teorie di cui al punto precedente;
- 3) interventi clinici non finalizzati alla “conversione eterosessuale” ma ugualmente compromessi dai pregiudizi antiomosessuali.

# IDENTITA' DI GENERE

Va infine ricordato che, a partire dalle testimonianze dei genitori omosessuali e da una consistente mole di ricerche scientifiche, la comunità scientifica internazionale ha fatto proprio l'assunto per cui i figli cresciuti da genitori omosessuali, confrontati con quelli cresciuti da genitori eterosessuali, non mostrano differenze significative né in termini di salute mentale né rispetto ai percorsi di sviluppo

“Adulti coscienti e capaci di fornire cure, siano essi uomini o donne, etero o omosessuali”, afferma, si immagina non irresponsabilmente, l'American Academy of Pediatrics, “possono essere ottimi genitori”).

“Interesse del bambino”, sostiene l'American Psychoanalytic Association (2002/2012), “è sviluppare un attaccamento verso genitori coinvolti, competenti e capaci di cure e di responsabilità educative [...] la valutazione di queste qualità genitoriali dovrebbe essere determinata senza pregiudizi rispetto all'orientamento sessuale.”

# IDENTITA' DI GENERE

Con la depatologizzazione dell'omosessualità, l'attenzione dei professionisti della salute mentale si è spostata sulla valenza patologica di un insieme di atteggiamenti pervasivamente pregiudiziali nei confronti delle persone omosessuali: l'*omofobia*.

**L'omofobia** è stata originariamente definita da George Weinberg come “la paura di trovarsi in spazi chiusi in presenza di omosessuali” (1972), enfatizzando l'aspetto di disagio, paura e, diversamente rispetto alle “fobie classiche”, l'aggressività che una persona può provare in presenza di gay e/o lesbiche. Morin e Garfinkle (1978) ne evidenziano invece il nucleo cognitivo, definendola “**un sistema di credenze e stereotipi che mantiene giustificabile e plausibile la discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale**”.

# IDENTITA' DI GENERE

Warren Blumenfeld (1992) individua quattro diversi livelli di omofobia:

- 1) *personale*, che riguarda i pregiudizi individuali verso gay e lesbiche;
- 2) *interpersonale*, che si manifesta quando le persone traducono in comportamenti i loro pregiudizi;
- 3) *istituzionale*, che si riferisce alle politiche discriminatorie delle istituzioni (governo, aziende, organizzazioni religiose e professionali ecc.);
- 4) *sociale*, che si esprime attraverso i comuni stereotipi sulle persone gay e lesbiche, escludendole dalle rappresentazioni culturali normative.

# IDENTITA' DI GENERE

Il suffisso greco “fobia” indica, correttamente ma in questo caso riduttivamente, una serie di reazioni fisiologiche e psicologiche spiacevoli e involontarie in presenza di persone omosessuali, a cui possono far seguito pensieri e atteggiamenti ostili.

Proprio per questo, però, “omofobia” non è un termine soddisfacente, in quanto focalizza l’attenzione soprattutto sulle cause individuali, trascurando la componente culturale e le radici sociali dell’intolleranza e quindi la parentela con altri modi di “odiare in prima persona plurale”.

Come il razzista, infatti, l’omofobo di solito si rifa a un sistema codificato di credenze che ritiene di dover difendere dalla minaccia di soggetti che considera pericolosi.

# IDENTITA' DI GENERE

Tra i criteri necessari per fare una diagnosi clinica di “fobia” figurano la consapevolezza che la paura è eccessiva, irrazionale, inadeguata rispetto all’oggetto e il conseguente desiderio, da parte del fobico, di liberarsene. Nessuno di questi criteri sembra essere soddisfatto dall’omofobia comunemente intesa, dal momento che:

- a) l’omofobo ritiene normale e giustificata la sua reazione negativa nei confronti della persona omosessuale;
- b) diversamente dalle fobie comuni, l’omofobia non compromette necessariamente il funzionamento sociale del soggetto;
- c) l’omofobo non vive con disagio la propria fobia, né avverte il bisogno di liberarsene.



# IDENTITA' DI GENERE

Sul piano comportamentale, infine, le fobie si manifestano principalmente con l'evitamento dell'oggetto o della situazione temuti; nell'omofobia, invece, l'evitamento può coesistere con comportamenti di avversione attiva e, in alcuni casi, di deliberata aggressività. Sono stati proposti termini alternativi, tuttavia quello di "omofobia" rimane, almeno in Italia, il più diffuso, indicando una disposizione negativa, personale e/o collettiva, psicologica e/o sociale, nei confronti delle persone e delle esperienze omosessuali: dal generico disagio all'avversione esplicita, fino a manifestazioni attive di discriminazione, ostilità e violenza.

# IDENTITA' DI GENERE

Ma quali sono le cause dell'omofobia? Perché la persecuzione delle persone omosessuali (che oggi, dopo un percorso individuale e collettivo di riconoscimento psicologico e sociale, chiamiamo gay e lesbiche) non ha mai conosciuto tregua, esprimendosi in modi umilianti e terribili (roghi, lager e ancor oggi, in alcuni paesi, pena di morte)?

Le radici dell'omofobia sono varie, di solito intrecciate tra loro. Una parte delle risposte omofobiche sembra associata a stili cognitivi che riflettono il bisogno di mantenere una rappresentazione stabile e immutabile dell'“ordine” sessuale e sociale. Le risposte omofobiche, dunque, possono rappresentare strategie cognitive a scopo autodifensivo rispetto a un'immaginaria minaccia di “disordine”.

# IDENTITA' DI GENERE

Una spiegazione “classica” dell'avversione nei confronti dell'omosessualità è che sarebbe “contro natura”: disputa tanto antica quanto paradossale, che contrappone una natura “cattiva” a una natura “buona”, dimentica che l'omosessualità “esiste” nella natura sia umana sia animale, e rimuove il fatto che c'è sempre una cultura che decide che cosa sia la natura (Remotti, 2008; Bagemihl, 1999; Dal punto di vista psicologico, alla base di molti atteggiamenti omofobici c'è la paura di essere identificati e/o etichettati come omosessuali, **e dunque spesso l'omofobo, temendo la propria omosessualità, attacca quella altrui.** Altre angosce omofobiche sono connesse alla fantasia di un mondo che non si riproduce (come se lesbiche e gay non fossero fecondi, e madri e padri); ai fantasmi, già descritti dall'ultimo Freud, della passività maschile e dell'attività femminile; alla paura trasformata in odio per ciò che viene percepito diverso e/o straniero (fuori e dentro di sé).

# IDENTITA' DI GENERE

Omofobie più “moderne” sembrano nutrirsi dell’innegabile aumento della visibilità omosessuale: nella vita domestica, nella giurisdizione internazionale, nell’immaginario collettivo. Ma forse proprio qui è il problema: se in passato lo “scandalo” era la “devianza” omosessuale, oggi ciò che preoccupa e spaventa, fino all’odio, è la possibilità di una “normalità omosessuale” e della sua realizzazione affettiva e familiare. L’omofobo di oggi non può sopportare che chi non è eterosessuale possa e voglia appartenere al tessuto sociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Alcuni ricercatori hanno cercato di sviluppare strumenti validi per misurare gli atteggiamenti nei confronti delle lesbiche e dei gay. La modalità di misurazione utilizzata per valutare l'omofobia è costituita per lo più da strumenti self-report in cui si chiede ai soggetti di indicare su una scala il grado di accordo con una o più affermazioni. Uno dei problemi principali di tale metodo riguarda l'eventualità che i resoconti soggettivi riflettano adeguatamente gli stati interni. Queste misure potrebbero infatti essere oggetto di meccanismi di distorsione con funzione egodifensiva, ed essere influenzate dalle motivazioni connesse all'autopresentazione e alla desiderabilità sociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Resta tuttavia utile per il ricercatore, e spesso per il clinico, la differenziazione delle reazioni antiomosessuali prevalentemente legate all'ansia e all'emotività da quelle più strutturate in senso cognitivo (false credenze, pregiudizi): una persona potrebbe essere a favore dei diritti civili per i gay e le lesbiche, ma reagire in modo negativo all'interazione personale con loro, viceversa o anche entrambe le cose. Un valido strumento è la Modern Homophobia Scale (Raja, Stokes, 1998), un questionario autosomministrato che valuta l'omofobia distinguendo tre dimensioni: *devianza* (riferita al considerare l'omosessualità un comportamento deviante e patologico), *socializzazione* (riferita alla sensazione di disagio personale nei confronti di gay e lesbiche), *diritti* (riferita alle opinioni circa la discriminazione istituzionale nei confronti di persone gay e lesbiche; Lingiardi, Falanga, D'Augelli, 2005). Di questo strumento è disponibile una versione adattata al contesto socioculturale italiano (MHS-R; Lingiardi et al., 2014).

# IDENTITA' DI GENERE

Un numero crescente di ricerche indica il pregiudizio e la discriminazione come fattori rilevanti e misurabili di stress. In particolare mostra come lo sviluppo psicologico di molte persone omosessuali sia segnato da una dimensione di stress continuativo quale conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione, casi di violenza.

Da vari studi emerge che gli individui omosessuali o bisessuali, se confrontati con gli eterosessuali, sono esposti a un rischio decisamente maggiore di aggressioni o altri eventi traumatici. Conseguentemente, l'incidenza dei disturbi stress-correlati è significativamente più alta negli omosessuali rispetto agli eterosessuali. Altri studi evidenziano come l'incidenza di difficoltà psicologiche e indici di stress sia nettamente superiore tra le persone gay e lesbiche residenti nei paesi dove non è consentito il matrimonio tra persone dello stesso sesso e/o dove non esistono leggi specifiche contro le violenze e le discriminazioni omofobiche e/o in contesti dove le organizzazioni religiose sono meno accoglienti.

# IDENTITA' DI GENERE

Seppur paragonabile ad altrettanto deprecabili forme di razzismo e discriminazione, di solito l'omofobia gode di una maggior accettazione sociale e le persone non-eterosessuali, a differenza di altre minoranze (etniche, religiose ecc.), non sempre possono contare sul riconoscimento e sul sostegno della famiglia che spesso si configura invece come fonte ulteriore di disagio e stress. Non di rado le dinamiche omofobiche avvengono in un contesto socioculturale indifferente o addirittura collusivo. Gli episodi di discriminazione e violenza possono avere un impatto emotivo molto forte che trascende l'evento in sé, colpendo non solo le vittime "dirette", i loro familiari, amiche e amici, ma tutti coloro che non possono fare a meno di pensare "sarebbe potuto capitare anche a me".



# IDENTITA' DI GENERE

L'insieme dei disagi psicologici a cui sono sottoposte le persone non-eterosessuali, denominato *minority stress* (Lingiardi, 2007/2012; Meyer, 1995,2003), si compone di tre dimensioni che si intrecciano e potenziano vicendevolmente:

- a) esperienze vissute di discriminazione e violenza;
- b) Stigma percepito;
- c) omofobia interiorizzata

**L'omofobia interiorizzata** è l'insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevolmente) nei confronti della propria omosessualità. Nelle persone non-eterosessuali, le caratteristiche associate all'omofobia interiorizzata sono rappresentate da scarsa accettazione e stima di sé fino a raggiungere la forma dell'odio di sé e dell'autodisprezzo, a cui possono aggiungersi, in vari gradi e modalità, sentimenti di incertezza, inferiorità e vergogna, l'incapacità di comunicare agli altri il proprio orientamento sessuale, la convinzione di essere rifiutati e l'identificazione con gli stereotipi denigratori.

# IDENTITA' DI GENERE

Lo *stigma percepito* riguarda invece il livello di vigilanza relativo alla paura di essere “identificati” come gay o lesbiche, per cui quanto maggiore è la percezione del rifiuto sociale, tanto più alto sarà il grado di allerta e sensibilità all’ambiente. Ne consegue che livelli elevati di stigma percepito possono comportare stati continui di stress, dando vita a pensieri come “questo fatto è successo perché sono omosessuale”, “devo stare attento a dire che sono gay, altrimenti mi discriminano”. Anche il non sapere quali reazioni potrebbe suscitare, in famiglia o sul posto di lavoro, il proprio “coming out”, rientra nella dimensione dello stigma percepito.

Esistono diversi strumenti che possono aiutarci a valutare, a scopi sia clinici sia di ricerca, i livelli di omofobia interiorizzata e stigma percepito. Tra i più recenti e validati in Italia ricordiamo la Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men (MISS-LG; Lingiardi, Baiocco, Nardelli, 2012), un questionario autosomministrato composto da 17 item a risposta multipla che rileva l’omofobia interiorizzata nelle persone gay e lesbiche differenziandola in tre dimensioni: a) *identità* (per es., “Preferirei essere eterosessuale”); b) *disagio sociale* (per es., “Ho comunque difficoltà a dire che sono gay/lesbica, anche a chi conosco bene”); c) *sessualità e relazioni affettive* (per es., “Non credo nell’amore tra persone omosessuali”).

# IDENTITA' DI GENERE

Gli studi sul *minority stress* possono dare l'impressione che esista una serie di difficoltà e minacce talmente estesa da rendere praticamente impossibile a una persona gay, lesbica o bisessuale di essere "normalmente felice". Non è così. Un importante fattore che media la relazione causale tra eventi traumatici e esiti psico(pato)logici è la *resilienza*, che differenzia gli individui in base alle loro capacità di far fronte alle difficoltà. Anche rispetto al *minority stress*, la resilienza può costituire un importante fattore protettivo che lo psicologo e lo psicoterapeuta dovrebbero essere in grado di riconoscere e consolidare. Diverse ricerche (per es., Harper, Brodsky, Bruce, 2012; Riggle et al., 2008) rilevano che un importante fattore protettivo è anche l'appartenenza a una comunità da cui si può ricevere, ma anche fornire, sostegno. Un altro fattore non meno importante è la capacità di rifiutare gli stereotipi invece di subirne l'influenza a detrimento della propria autenticità. Anche se può sembrare tautologico, la stessa accettazione di sé costituisce un fattore di resilienza (che possiamo considerare come contraltare dell'*omofobia interiorizzata*, che a sua volta è una componente del *minority stress*).

# IDENTITA' DI GENERE

È difficile stabilire se il modo con cui oggi la psicologia affronta la questione dell'orientamento sessuale dipenda più dall'evoluzione, per così dire “interna”, dei modelli teorici (psicodinamici, psicobiologici ecc.) o dai profondi cambiamenti dello scenario sociale e culturale che tutti noi abbiamo vissuto, compresi gli effetti dei movimenti gay-lesbici e più in generale del nuovo modo di guardare alla sessualità e ai ruoli di genere nella nostra cultura. L'alternativa è ovviamente del tutto retorica, poiché è difficile credere a una psicologia che si sviluppi in modo indipendente dal contesto storico e sociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Un secolo fa, Freud assumeva una posizione articolata ma di fatto ambivalente rispetto all'omosessualità. Da una parte, infatti, la considerava un segno di immaturità psicosessuale, una deviazione rispetto al normale processo di crescita che doveva culminare nella sessualità genitale ed eterosessuale. Dall'altra ne riconosceva la presenza inconscia in tutti gli individui, riteneva non praticabile la “conversione” degli omosessuali e considerava la scelta d'oggetto eterosessuale un fenomeno altrettanto enigmatico di quella omosessuale, fino a concludere che “l'indagine psicoanalitica si rifiuta con grande energia di separare gli omosessuali come un gruppo di specie particolare dalle altre persone” (Freud, 1905).

# IDENTITA' DI GENERE

Negli ultimi anni alcuni dei più importanti psicoanalisti contemporanei, come **Roy Schafer** (1995), **Joyce Mcdougall** (1986, 2001) e **Otto Kernberg** (1992, 2002), hanno sentito il bisogno di “revisionare” pubblicamente le loro posizioni storiche sull'omosessualità. Scrive Kernberg (2002, p. 10): **“Lo studio scientifico dell'omosessualità è senza dubbio un classico esempio dell'impatto deleterio che l'ideologia ha avuto sulla ricerca accademica. [...] L'indagine psicoanalitica sull'omosessualità non può sfuggire ai pregiudizi sociali che colpiscono questo argomento e così infatti è successo che nessun ambito della psicoanalisi sia riuscito a sfuggire a tali contaminazioni e conflitti ideologici”**.

# IDENTITA' DI GENERE

Altri psicoanalisti, primo tra tutti **Stephen Mitchell** (1978,1981), non avevano mai sposato l'ipotesi di un'omosessualità patologica *in quanto tale* e ne parlavano come di una delle possibili varianti della sessualità umana. Altri psicologi e psicoanalisti omosessuali (sempre “esistiti”, ma in una sorta di “clandestinità”, soprattutto prima degli anni Ottanta) hanno iniziato a parlare di sé (Drescher, 1998; Isay, 1989; Leli, 2002; Magee, Miller, 1996; Roughton, 2002).

Con gli anni Novanta inizia a diffondersi una letteratura scientifica che non guarda più all'omosessualità come a una patologia e che teorizza ed esemplifica un modello di sviluppo non patologico dell'omosessualità.

In ambito psicoanalitico le prospettive sociocostruzioniste e relazionali si contrappongono al modello psicosessuale “classico” e, parallelamente, fioriscono i *Gender Studies*, con la loro benefica distinzione tra sesso e genere e il loro accento sull'influenza della cultura nella costruzione del genere e della sessualità.

# IDENTITA' DI GENERE

Si è rivelato interessante, oltre che necessario, studiare gli atteggiamenti verso le omosessualità e le persone gay e lesbiche anche tra gli psicologi, gli psichiatri e gli psicoanalisti (Bartlett, Smith, King, 2009; Lingiardi, Capozzi, 2004; Lingiardi, Nardelli, 2011). Prendendo in esame un campione di psicoanalisti italiani, Lingiardi e Capozzi (2004) hanno analizzato il rapporto che intercorre tra le convinzioni teoriche e atteggiamenti clinici in tema di omosessualità. Gli orientamenti teorici sono stati suddivisi in quattro gruppi principali.



# IDENTITA' DI GENERE

Il primo gruppo trae origine dal pensiero freudiano e dei suoi successori (Rado, Bergler, Socarides). Tra questi, alcuni sottolineano l'aspetto regressivo dell'omosessualità (considerata una condizione patologica difensiva), altri tendono a considerarla il risultato di un arresto o di un'inibizione dello sviluppo psicosessuale, i cui elementi basilari sono il narcisismo, l'autoerotizzazione e le identificazioni patologiche con i genitori edipici. L'assunto teorico e clinico implicito è che l'omosessualità rappresenti una condizione regressiva che può (e deve) essere curata. Tra i più attivi sostenitori di questo approccio ricordiamo **Charles Socarides** (1922-2005), che vede nell'eterosessualità l'unico esito evolutivo normale e pensa che l'orientamento omosessuale si formi nei primi tre anni di vita per dar luogo a inevitabili futuri gravi disturbi del carattere. Anche Jean Bergeret continua a sottolineare la natura narcisistica della soddisfazione erotica dell'"omofilo".

# IDENTITA' DI GENERE

Il secondo gruppo è quello postkleiniano che, pur non avendo formulato teorie specifiche, tende a considerare l'omosessualità una costellazione sintomatologica caratterizzata da aggressività, narcisismo e relazioni di dominio sugli oggetti. Un particolare assunto kleiniano è che l'omosessualità sia una difesa da angosce persecutorie primitive (Rosenfeld, 1949; Thorner, 1949). Un caso particolare è quello già citato di Kernberg (2002) che, un tempo sostenitore di una teoria patologizzante, ha poi riconosciuto il potenziale traumatico del pregiudizio sulla persona omosessuale e ha affermato che l'omosessualità è una forma di sessualità sana in quanto, diversamente dalla perversione, consente di integrare nella stessa relazione oggettuale gli impulsi genitali con quelli affettivi.

# IDENTITA' DI GENERE

Il terzo gruppo è meno omogeneo e non aderisce a una specifica teoria eziopatogenetica dell'omosessualità. Questi analisti (per es., i relazionali britannici, Bollas e, per alcuni aspetti, Kohut) non si focalizzano sulla genesi dell'omosessualità e implicitamente ritengono poco utile dal punto di vista clinico concentrarsi sul tentativo di comprendere come si origina l'orientamento sessuale. La loro attenzione si rivolge soprattutto alla qualità e alle dinamiche della relazione amorosa. Per Bollas (1992), “ogni tentativo di costruire una teoria generale dell'omosessualità può essere soddisfatto solo al prezzo di gravi distorsioni delle discrete e importanti differenze tra omosessuali, atto che potrebbe costituire un ‘genocidio intellettuale’”. Obiettivo della terapia psicoanalitica non è trasformare l'omosessualità in eterosessualità, ma piuttosto valutare la qualità delle relazioni oggettuali, eterosessuali o omosessuali che siano. Lo stesso Kohut (1975) accetta con riserve la scelta di Freud di collocare l'omosessualità in una posizione intermedia tra amore oggettuale e narcisistico. Per il fondatore della psicologia del Sé, l'omosessualità non differisce teoricamente dall'eterosessualità e, come quest'ultima, può occupare tutte le posizioni di un continuum che comprende persone omosessuali capaci di relazioni amorose sane e mature e persone che non lo sono. Da un punto di vista sia postkohutiano sia winnicottiano, la sessualità ha un ruolo strutturante fondamentale per lo sviluppo del Sé e per l'acquisizione di un'identità personale. Tale presupposto ha aperto la strada alle teorie relazionali contemporanee e al loro modo di intendere l'omosessualità.

# IDENTITA' DI GENERE

Il quarto gruppo è composto da autori con differenti modelli teorici che, però, si riconoscono nella convinzione che l'omosessualità, anzi le omosessualità, siano uno degli esiti naturali dello sviluppo sessuale umano. L'orientamento sessuale, le fantasie e i desideri sessuali che vanno a costituire l'identità personale non debbono essere cambiati o modificati da una terapia fondata sulla convinzione che l'eterosessualità sia l'unico orientamento sano possibile. Tra i più rappresentativi di questo gruppo troviamo, con riferimento alle loro teorie, sia autori postfreudiani (come Richard Isay e Ralph Roughton) sia autori relazionali, interpersonalisti e intersoggettivisti, come Stephen Mitchell, Jessica Benjamin, Muriel Dimen, Jack Drescher, Virginia Goldner ecc. (paragrafo 4.3.3). Per Mitchell (1988, p. 96), “il fatto che la sessualità riguardi la compenetrazione dei corpi e dei bisogni rende le sue infinite variazioni strumenti ideali per rappresentare i desideri, i conflitti e il modo con cui ciascuno si relaziona agli altri. Il sesso è un potente organizzatore dell'esperienza”.

# IDENTITA' DI GENERE

Mitchell rileva inoltre l'importanza del cosiddetto approccio “non direttivo” con il cliente omosessuale, e invita gli psicoanalisti a elaborare la loro omofobia, più o meno inconscia.

Un discorso a parte riguarda **la psicologia junghiana**. Jung non ha prestato molta attenzione al tema dell'omosessualità e la sua visione non si discosta molto da quella freudiana classica: l'orientamento omosessuale indicherebbe uno sviluppo psichico incompleto, un arresto a un “livello infantile” (1917-1943). Il suo contributo alla teorizzazione sull'omosessualità è riconducibile a due ipotesi:

- 1) quella edipico-personale in cui la madre incatena inconsciamente a sé il figlio come sostituto del marito;
- 2) quello archetipico connesso a una relazione disturbata con l'Anima (per gli uomini) o con l'Animus (per le donne).

# IDENTITA' DI GENERE

Tuttavia, Jung riconosce all'omosessualità anche l'espressione di aspetti "positivi" della personalità: uno sviluppo del gusto e del senso estetico, le virtù pedagogiche, il senso della storia, il senso dell'amicizia, la pienezza del sentimento religioso. In generale, la psicologia di Jung si connota come più interessata allo sviluppo simbolico della sessualità nell'individuo, attribuendo minore importanza alle caratteristiche anatomiche dell'oggetto del desiderio. Gli autori postjungiani, più interessati alla vita psicologica e alla qualità delle relazioni del paziente, hanno forse dedicato scarsa attenzione al tema dell'omosessualità, ma non ne hanno mai proposto una lettura patologizzante.

# IDENTITA' DI GENERE

Negli ultimi decenni si sono verificate grandi modificazioni nella teoria psicoanalitica: il pensiero freudiano è stato riesaminato da nuovi punti di vista, mettendo in luce l'importanza della fase pre-edipica nella costruzione dell'identità e sottoponendo a severa critica alcuni assunti, in particolare i concetti di *invidia del pene* e *masochismo femminile*, circa la struttura della differenza sessuale e di genere. La sessualità, tradizionalmente considerata una forza istintuale che presiede alle dinamiche del desiderio, dello sviluppo psicologico e della psicopatologia (teoria psicosessuale), è vista dalla psicoanalisi relazionale contemporanea (Greenberg, Mitchell, 1983; Mitchell, 1993; Dimen, Goldner, 2002, 2006) come una dimensione psichica e fisica a sua volta organizzata nel contesto delle “matrici relazionali”.

# IDENTITA' DI GENERE

Il discorso sulla sessualità viene progressivamente sganciato dal concetto metapsicologico di pulsione per concentrarsi sul ruolo dell'esperienza sessuale nel rapporto con gli oggetti e nella formazione e conservazione del senso di Sé. Se la teoria pulsionale classica considera gli impulsi e i desideri sessuali come propulsori dell'esperienza e del comportamento, riconoscendo nel sentimento del Sé un derivato di questi movimenti fondamentali, gli autori a orientamento relazionale ribaltano questo rapporto. Questo radicale cambiamento di prospettiva sulla sessualità e sul suo significato nell'economia psichica dell'individuo ha notevoli ripercussioni sul modo di concepire l'identità di genere.



# IDENTITA' DI GENERE

Sigmund Freud parla di *mascolinità* e *femminilità* attribuendo a questi termini significati complessi e compositi, che si riferiscono ai caratteri biologici sessuali primari e secondari, a quelli psicosessuali dell'*attività* e della *passività* e a quelli assegnati socialmente, nelle varie culture, agli uomini e alle donne. Specifica inoltre che nell'individuo non si riscontrano mai mascolinità o femminilità allo stato puro, ma piuttosto una mescolanza di entrambi i caratteri. Tuttavia, nelle sue teorizzazioni, quasi mai si riferisce al genere sottolineandone gli aspetti di costruzione culturale: per Freud la differenza di genere è scontata, fondamentale e immodificabile perché radicata nella biologia. Egli ha una visione funzionale del destino riservato a ciascun sesso a causa delle differenze anatomiche (“anatomia come destino”).

# IDENTITA' DI GENERE

Secondo la *teoria psicosessuale* freudiana, i bambini di entrambi i sessi sono inizialmente convinti che tutti sono uguali; quando scoprono la differenza anatomica ne rimangono sconvolti, sviluppando l'*angoscia di castrazione*, nel caso dei maschi, o l'*invidia del pene*, nel caso delle femmine. La femminilità verrebbe così a costruirsi attraverso l'accettazione dell'assenza del pene. All'origine, la bambina è vista dunque come un "piccolo uomo", che ama tanto passivamente quanto attivamente la madre fino a quando "scopre" di non avere il pene e attribuisce alla madre la colpa di tale mancanza. Dalla madre si volge allora al padre, dall'attività alla passività. Nel tentativo di procurarsi "il pene che le manca", la bambina diventa l'oggetto del padre. I problemi legati al genere sono per Freud la "roccia basilare" biologica, perché i maschi hanno il pene, che sarà sempre vulnerabile alla castrazione, e le femmine ne sono prive, e lo desidereranno sempre.

# IDENTITA' DI GENERE

Nello scritto *Analisi terminabile e interminabile* (1937), Freud illustra quelle che considera le più radicate resistenze al lavoro psicoanalitico, due temi che danno all'analista “una quantità inconsueta di filo da torcere”: nel caso della donna, è “l'invidia del pene (l'aspirazione positiva al possesso di un genitale maschile)”, nel caso dell'uomo è “la ribellione contro la propria impostazione passiva o femminile nei riguardi dell'altro uomo [...] Con il desiderio del pene e con la protesta virile [...] siamo giunti alla roccia basilare”. Questi due temi, dice Freud, sembrano diversi, ma sono collegati: “Qualcosa che entrambi i sessi hanno in comune è stato costretto a esprimersi in forme diverse a causa della differenza dei sessi”. Quel “qualcosa che entrambi i sessi hanno in comune” è il “rifiuto della femminilità” (p. 535).

# IDENTITA' DI GENERE

Quando Freud tenta di inserire il problema del *rifiuto della femminilità* nel suo edificio dottrinale, deve ammettere che “non può trovare una medesima collocazione in entrambi i sessi. Nell'uomo l'aspirazione alla virilità è perfettamente egosintonica fin dall'inizio; l'impostazione passiva, giacché implica che sia accettata l'evirazione, viene energicamente rimossa e spesso c'è un unico indizio della sua presenza, costituito da eccessive sovracompensazioni. Anche nella donna l'aspirazione alla virilità è egosintonica per un certo periodo, e precisamente nella fase fallica, *prima che lo sviluppo proceda nel senso della femminilità*. In seguito, però, tale aspirazione soggiace a quell'importante processo di rimozione, dal cui esito derivano i destini della femminilità stessa

# IDENTITA' DI GENERE

In grandissima misura tali destini sono legati al fatto che una parte sufficiente del complesso di mascolinità si sottragga alla rimozione e influenzi durevolmente il carattere della donna; componenti cospicue di questo complesso vengono normalmente trasformate per poter concorrere alla configurazione della femminilità: il desiderio non esaudito del pene è destinato a diventare desiderio del bambino, e dell'uomo che reca il pene. Tuttavia, con frequenza sorprendente troveremo che il desiderio di mascolinità si è preservato nell'inconscio e sviluppa dallo stato di rimozione in cui si trova i suoi effetti perturbatori” Negli anni Trenta e Quaranta, il culturalismo classico delle psicoanaliste **Karen Horney** e **Clara Thompson** le porta a concludere che le differenze tra i generi sono una creazione fondamentale culturale e che i ruoli di genere sono un'assegnazione di significati sociali alle differenze biologiche (paragrafo 4.3.2).

# IDENTITA' DI GENERE

Rielaborando il pensiero freudiano, Horney mette in relazione il masochismo femminile con la mancanza di autostima e la difficoltà nella separazione; inoltre respinge l'idea che la femminilità si sviluppi solo attraverso l'invidia del pene e che la sessualità femminile si muova nel contesto narcisistico piuttosto che in quello oggettuale. Per Thompson, il desiderio di avere il pene nella donna “significa soltanto la richiesta in questa forma simbolica di un qualche tipo di uguaglianza con gli uomini”. Anticipando i lavori di alcune teoriche femministe degli anni Ottanta, come Carol Gilligan e Irene Fast, Thompson vede la fase più problematica per il soggetto femminile non tanto nel periodo edipico, quanto nell'adolescenza, con la percezione delle differenze nel potere sociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Anche **Melanie Klein** (1945) fornisce un notevole contributo ai temi del genere e della sessualità, esplorando le primissime fasi dello sviluppo infantile e elaborando i concetti di fantasia inconscia, attacco contro il corpo materno, fase di femminilità ecc. Nelle proiezioni del bambino, a livello della fantasia inconscia, la madre diventa una presenza buona o ostile, e viene considerata come contenente il seno, le feci, il pene del padre e i bambini; questi elementi maschili e femminili, confusi nella madre, saranno differenziati solo successivamente. La bambina avrebbe una consapevolezza inconscia della propria vagina, e quindi il “fallicismo” sarebbe secondario e difensivo. L’invidia del pene è vista dunque come una conseguenza della svalutazione della femminilità e del desiderio per il pene del padre fantasticato come possesso materno. A distanza di decenni, Irene Fast (1984) analizzerà l’invidia degli uomini per la capacità delle donne di partorire.

# IDENTITA' DI GENERE

Con Robert Stoller la sessualità e le sue linee evolutive passano in secondo piano per dare rilievo al concetto di *identità di genere nucleare* che preesisterebbe alla “scoperta” della differenza sessuale.

Per Stoller, il bambino/la bambina è consapevole della sua mascolinità/femminilità in modo relativamente indipendente dallo stato dei cromosomi o dall'anatomia dei genitali; il fatto fondamentale è che i genitori “non hanno dubbi” sul genere del loro neonato. L'identità di genere che viene progressivamente a consolidarsi è quindi messa in relazione da Stoller ai processi di identificazione e disidentificazione secondo il modello teorico di Margaret Mahler.



# IDENTITA' DI GENERE

Nel modello stolleriano, il senso di appartenenza all'uno o all'altro genere si crea molto precocemente, entro il primo anno e mezzo di vita, e rimane invariato per sempre. Questo nucleo inalterabile dell'identità di genere (“sono maschio”, “sono femmina”) deve essere distinto da quell'insieme di convinzioni (“sono virile”, “sono femminile”) più sottili e dall'evoluzione più complicata, che si ottengono solo dopo che il bambino/a ha imparato ciò che intendono i genitori per mascolinità e femminilità.

# IDENTITA' DI GENERE

L'identità nucleare di genere si sviluppa nell'individuo normale a partire da tre elementi:

- 1) l'anatomia e la fisiologia dei genitali;
- 2) l'atteggiamento dei genitori e dei familiari nei confronti del ruolo di genere del bambino;
- 3) una forza biologica (sistema endocrino e sistema nervoso centrale) in grado di influenzare il contesto ambientale.

Con lo sviluppo di sensazioni piacevoli e spiacevoli, gli organi genitali contribuiscono alla costituzione dell'io corporeo primitivo, al senso di Sé e alla consapevolezza del genere. L'identità di genere è però in gran parte determinata da forze psicologiche postnatali, quali per esempio le aspettative genitoriali, la loro stessa identità di genere, le identificazioni del bambino/a con i genitori, le gratificazioni e le frustrazioni libidiche.

# IDENTITA' DI GENERE

Ricerche condotte da Stoller mostrano come, anche nei bambini maschi nati senza pene, si sviluppi un'identità nucleare di genere maschile con la “creazione” di un pene simbolico.

Parlando della sessualità femminile, Stoller mette in discussione l'ipotesi freudiana dell'esistenza di due fasi, la prima con carattere maschile, e la seconda con caratteri specificamente femminili. Per Stoller la bambina è da subito consapevole dell'esistenza della vagina; per Freud, invece, non esistono aspetti primari di femminilità, che sarebbe raggiungibile solo dopo la risoluzione di conflitti, il superamento della delusione e la rinuncia.

# IDENTITA' DI GENERE

Mentre per la prima generazione di analiste critiche (Thompson, Horney, Klein) l'argomento controverso era la femminilità, ora, con gli studi stolleriani sul genere, anche la *mascolinità* diventa oggetto di discussione e riesame. Per stabilire l'identità di genere, il bambino deve disidentificarsi dalla madre e identificarsi con il padre, dovendo così compiere un percorso evolutivo più complicato di quello della bambina. Contrariamente alla posizione di Freud, per cui la mascolinità è lo "stato naturale" e la femminilità è una modificazione di questa, secondo Stoller lo sviluppo della mascolinità nel maschio pone problemi particolari.

# IDENTITA' DI GENERE

Mentre la bambina, per diventare “femminile”, non deve modificare la sua relazione con la madre, il bambino deve disidentificarsi da questa, stabilendo il suo genere e la sua identità attraverso una discontinuità e una differenziazione rispetto alla persona cui è più attaccato. Tale processo di *disidentificazione dalla madre* è il passaggio obbligato per la conquista maschile dell'identità e dell'individualità (queste osservazioni di Stoller troveranno eco, rilette alla luce di un modello che potremmo definire “evolutivo-costruzionista”, nel pensiero di Nancy Chodorow).

# IDENTITA' DI GENERE

Stoller elabora i suoi concetti nell'ambito di un famoso studio clinico sul *transessualismo*, individuando una serie di elementi costanti e determinanti:

- a) eccessive identificazioni con la madre,
- b) madre incapace di permettere al figlio di separarsi dal proprio corpo (la madre tratta il bambino come parte del proprio corpo e perciò come parte della propria identità, fino ad arrivare a una vera e propria simbiosi con il figlio),
- c) assenza/carenza di riferimento paterno.

# IDENTITA' DI GENERE

Stoller non considera delirio la convinzione del transessuale di essere stato assegnato al sesso sbagliato: un “processo identificatorio non conflittuale” produrrebbe *identificazioni non conflittuali* che, a loro volta, spiegherebbero la femminilità del maschio transessuale principalmente attraverso il desiderio materno. Il femminismo A partire dagli anni Sessanta, molte psicoanaliste iniziano a denunciare il fallocentrismo patriarcale della psicoanalisi classica e l'indebita egemonia, anche nel campo delle teorie psicoanalitiche, del “maschile” sul “femminile”.

# IDENTITA' DI GENERE

Dalle loro diverse prospettive (alcune essenzialiste, altre costruzioniste), queste pensatrici concordano sul fatto che esiste una “politica dei generi”, una sorta di definizione stereotipata del femminile e del maschile che funziona anche come norma del comportamento sociale.



# IDENTITA' DI GENERE

Benjamin, Dimen, Harris e Goldner sostengono l'importanza di una tensione creativa tra identificazioni e tematiche maschili e femminili, tra assertività (che nella nostra società è più facile per i bambini maschi, con le donne che si prendono cura di loro) e legame (più facile per le bambine). Per Jessica Benjamin il genere non può e non deve essere eliminato, ma, insieme a una certezza riguardo alla propria identità di genere, gli individui idealmente dovrebbero integrare ed esprimere gli aspetti sia maschili sia femminili della personalità (come sono definiti dalla loro cultura). Secondo Dimen e Goldner (2005, p. 102), “il genere può essere obbligato culturalmente, ma è comunque forgiato individualmente. Nessuno riproduce fedelmente le categorie del genere poiché ciascuno è un'interpretazione personale di una categoria di genere”.

# IDENTITA' DI GENERE

Judith Butler è invece una costruzionista radicale che considera il genere come qualcosa di *totalmente* costruito: “un’imitazione di cui manca l’originale”, un “artificio liberamente fluttuante” indipendente da qualunque assunto di ordine biologico. Per Butler il genere non è un’etichetta culturale statica, ma un’incessante e ripetuta azione. La sua riflessione si concentra sulla sessualità, il potere e l’identità, a indicare nell’economia dell’eterosessualità fallica l’atto fondativo dell’ordine simbolico patriarcale che esercita il suo dominio mediante il potere performativo del linguaggio: la citazione e la ripetizione della norma producono ciò che viene nominato, non si limitano a significarlo. E proprio nel corpo che Butler, più radicale di Foucault, riconosce il luogo in cui il discorso dominante cela i processi che portano alla riproduzione dei meccanismi di potere.

# IDENTITA' DI GENERE

Freud concettualizzava l'identità di genere e la scelta dell'oggetto sessuale come il risultato di identificazioni con il genitore dello stesso sesso che si formano e si stabilizzano in seguito alla risoluzione del complesso edipico. Anche se affermava che gli esseri umani sono una combinazione di mascolinità e femminilità come risultato della loro disposizione bisessuale (così che la mascolinità o la femminilità "pure" rimangono astrazioni teoriche), Freud non sviluppava tuttavia il tema delle identificazioni con entrambi i sessi, né approfondiva lo studio delle influenze pre-edipiche sulla formazione del genere. Stoller, invece, e più recente mente **Nancy Chodorow** (1994, 2011), pur conservando un modello tendenzialmente lineare di identificazioni monosessuali, spostano alla fase pre-edipica la formazione dell'identità di genere, che si stabilirebbe in maniera irreversibile intorno ai tre anni.

# IDENTITA' DI GENERE

L'identità di genere viene alimentata dall'attribuzione, da parte dei genitori, all'uno o all'altro sesso fin dalla nascita e, a livello cognitivo, viene appresa in concomitanza con l'apprendimento del linguaggio; la percezione del corpo e dei genitali contribuisce a creare un Io corporeo con una connotazione di genere, ma non in modo inevitabile. Per Chodorow le bambine, che non devono disidentificarsi dalla madre, sviluppano un'identità di genere più continua e stabile, ma hanno la tendenza a minimizzare l'indipendenza e la separatezza; i bambini, invece, hanno una relazione discontinua con la madre perché devono separarsene e rivolgersi al padre per identificarsi con lui, ma acquisiscono più facilmente il senso di separatezza e autonomia.

# IDENTITA' DI GENERE

Chodorow inserisce la sua teoria del genere in un contesto socioculturale in cui le modalità di educazione dei figli influenzano radicalmente i percorsi maschili e femminili dell'identità, spingendo le bambine ad assumere una natura più relazionale e i bambini a tendere maggiormente verso il mondo esterno. La funzione materna della donna si autoriprodurrebbe in modo circolare: le donne, in quanto madri, producono figlie dotate di capacità materne e del desiderio di fare le madri. Negli uomini le attitudini materne sarebbero invece amputate e rimosse. La divisione familiare e sessuale del lavoro, per cui le donne fanno le madri e sono più coinvolte degli uomini nei rapporti interpersonali affettivi, produce nelle figlie e nei figli una divisione delle potenzialità psicologiche che li indurrà a perpetuare a loro volta la medesima divisione sessuale e familiare del lavoro.

# IDENTITA' DI GENERE

**Irene Fast** riconosce numerose influenze evolutive sulla formazione del genere e propone un modello caratterizzato da tre fasi:

- 1) quella iperinelusiva del narcisismo infantile, in cui il bambino/a si identifica sia con la madre sia con il padre;
- 2) quella della consapevolezza della differenza, del riconoscimento della mancanza e della differenziazione;
- 3) quella edipica e postedipica.

# IDENTITA' DI GENERE

Il contributo maggiore alla formazione del genere è dato dal passaggio dalla fase narcisistica a quella della differenziazione: a questo punto, il bambino e la bambina, che “credevano” di possedere le caratteristiche di entrambi i sessi, devono affrontare la realtà e il conseguente lutto; devono rinunciare alle identificazioni con il sesso opposto e riconoscere che sono prerogativa dell'altro. Questo riconoscimento, insieme alle identificazioni precedenti, permette la futura sessualità. Fast distingue tra *rinuncia* e *rifiuto*, suggerendo che quest'ultimo è un modo di distinguersi destinato all'insuccesso. Inoltre, sottolinea l'importanza delle identificazioni positive con entrambi i genitori e il peso delle norme sociali nel determinare le caratteristiche della mascolinità e della femminilità.

# IDENTITA' DI GENERE

In generale, le psicoanaliste contemporanee, di cui abbiamo brevemente elencato alcune posizioni, condividono un concetto di “genere” come dimensione relativamente fluida e non lineare; esse esaltano il tema della differenza e della variabilità individuale a fronte della pretesa universalità delle teorie sul genere, spesso mettendo anche in discussione lo status di normatività dell'eterosessualità. Il concetto di genere viene considerato più come categoria organizzatrice che come risultato evolutivo. Secondo **Muriel Dimen**, per esempio, il genere può assumere, nelle varie esperienze dell'individuo, le qualità delle posizioni sia maschile sia femminile; inoltre, identità e ruolo di genere possono essere fluidi in un contesto e rigidi in un altro.



# IDENTITA' DI GENERE

**Jessica Benjamin** è una delle autrici più sistematiche. La sua teorizzazione concettualizza un genere *fluid* che si muove tra varie identificazioni, oltrepassando le categorie di genere binarie e complementari. Nella psiche coesisterebbero infatti rappresentazioni di sé legate al genere, prive di connotazioni di genere, appartenenti al genere opposto. Mentre Stoller e Chodorow parlano di *identificazione* e *disidentificazione*, per Benjamin non solo non è sempre necessario rimuovere le identificazioni con il genere opposto, ma anzi è vitale conservarle per sviluppare la capacità di elaborare sentimenti e comportamenti attribuiti all'altro genere. In altre parole, Benjamin afferma la necessità di decentrare la nozione di identificazione di genere e di riferirsi alla pluralità delle posizioni evolutive piuttosto che a un'unilinearità dello sviluppo. Tale teorizzazione è inserita nel contesto di un modello intersoggettivo caratterizzato da identificazioni multiple con entrambi i genitori.

# IDENTITA' DI GENERE

Viene sottolineata in particolare la necessità per la bambina in fase preedipica di identificarsi con la figura paterna per definirsi come soggetto e per ottenere un senso di autonomia del proprio corpo e della capacità di muoversi nel mondo esterno. L'identificazione della bambina con la mascolinità rifletterebbe non tanto una reazione difensiva all'invidia del pene quanto piuttosto amore e ammirazione per il padre. Benjamin definisce questo *amore* come *identificatorio* e non narcisistico, perché basato sul desiderio di “essere come” e perché è la prima forma di amore per qualcuno sentito come “altro”.

# IDENTITA' DI GENERE

Benjamin collega il concetto di genere alla nozione di differenza, dove però il significato della *differenza sessuale* non coincide più con la differenza anatomica. A suo dire, sarebbe più utile assimilare la differenza senza ripudiare la somiglianza, creare uno spazio tra gli opposti in cui si comprenda la nozione di differenza senza rifiutare il senso di comunanza. In sintesi, Benjamin auspica l'integrazione dei generi e non la loro opposizione binaria. Gli individui dovrebbero idealmente integrare ed esprimere gli aspetti maschili e femminili di sé senza che questo comporti una confusione riguardo alla propria identità di genere. La forma binaria è mutualmente esclusiva e costituisce la “differenza sessuale”. Ma, sostiene Benjamin, la realtà delle differenze sessuali è molto più varia di quelle che la logica binaria della mutua esclusività permette. La psiche conserva nell'inconscio le identificazioni ripudiate dalla struttura edipica e le esprime nei vari contesti relazionali.

# IDENTITA' DI GENERE

Piuttosto che come esito evolutivo, il genere viene inteso come parte flessibile e categoria organizzatrice dell'esperienza psicologica e sociale. Per la maggior parte di queste autrici è necessario *decostruire le dicotomie di genere* e pensare a esso in termini transizionali, dove gli opposti convenzionali sono in movimento e tensione creativa. D'altronde, sostengono, nella prospettiva psicoanalitica, il raggiungimento di un'identità di genere ottimale per una relazione d'oggetto matura e per lo sviluppo della creatività si può ottenere solo attraverso un gioco continuo di identificazioni e disidentificazioni.

# IDENTITA' DI GENERE

Il *disturbo dell'identità di genere* (GID, *gender identity disorder*), diagnosi del Gender identity DSM-IV, era caratterizzato da una forte e persistente identificazione con il “sesso opposto”, accompagnata da un profondo disagio in relazione al proprio sesso biologico. Tra i criteri richiesti per la diagnosi vi erano:

- 1) sentimenti di disagio forti e persistenti in relazione al sesso di appartenenza,
- 2) desiderio di possedere il corpo dell'altro sesso; e
- 3) desiderio di essere considerato dagli altri come un membro dell'altro sesso.

# IDENTITA' DI GENERE

Anche se veniva esplicitamente richiesto di distinguerlo dalla *non-conformità ai comportamenti stereotipici di ruolo*, i criteri per la diagnosi di GID indicati dal DSM-IV sono stati oggetto di numerose critiche, in primo luogo perché hanno contribuito all'ostracismo sociale non solo delle persone transessuali, ma anche di tutte le persone con un'identità e un'espressione di genere non conforme alle aspettative socioculturali (Drescher, 2010). La quinta edizione del DSM presenta un'innovazione terminologica importante: la diagnosi di *disforia di genere* (GD, *gender dysphoria*).

# IDENTITA' DI GENERE

In generale, la disforia di genere riguarda l'insoddisfazione affettiva/cognitiva rispetto al genere assegnato (sulla base delle caratteristiche anatomico-fisiologiche dell'individuo). Più specificamente, il DSM-5 definisce la disforia di genere come caratterizzata da una marcata sofferenza legata all'incongruenza tra il genere esperito/espresso e il genere assegnato.

Questa nuova categoria, oltre ad avere criteri differenziati per bambini e adolescenti/adulti, è inserita in un capitolo a parte per distinguerla sia dalle disfunzioni sessuali sia dalle parafilie (entrambe, insieme al GID, comparivano invece nello stesso capitolo del DSM-IV-TR).

# IDENTITA' DI GENERE

Rispetto a quella di GID, la diagnosi di GD è più restrittiva e conservativa: il criterio del “forte desiderio, o insistenza, di appartenere al genere opposto o alternativo a quello assegnato” è necessario ma non sufficiente per effettuare la diagnosi, soprattutto nei bambini. Tra le altre innovazioni vi è anche quella di utilizzare la dicitura “genere assegnato (alla nascita)” al posto del termine “sesso” per evitare confusioni in tema di intersessualità e per consentire alle persone transessuali di “uscire” dalla diagnosi di GD in seguito alla riassegnazione chirurgica e/o alle cure ormonali che hanno comportato la desiderata modificazione della loro anatomia. Al contrario, la diagnosi di GID del DSM-IV poteva essere applicata anche alle persone transessuali che arrivavano a condurre una vita soddisfacente dopo aver portato a compimento i cambiamenti desiderati, perché queste continuavano in ogni caso a soddisfare i criteri di “identificazione con il sesso opposto” (Criterio A del GID secondo il DSM-IV) e di “avere la convinzione di essere nati con il sesso sbagliato” (Criterio B del GID secondo il DSM-IV).



# IDENTITA' DI GENERE

La persona con disforia di genere vive sin dall'infanzia una sensazione di estraneità e sofferenza rispetto alla propria appartenenza sessuale anatomica e al ruolo di genere che le viene assegnato. Le trasformazioni corporee della pubertà diventano un momento critico e un importante banco di prova relativamente al destino dell'identità di genere del soggetto, che può prendere diversi percorsi, da una complessa integrazione psichica delle proprie inclusività di genere, alla richiesta di riassegnazione chirurgica delle persone transessuali (nelle quali la disforia di genere è così forte da portarle a desiderare una “transizione sociale” dal genere assegnato alla nascita al genere desiderato: per raggiungere questo scopo desiderano attuare, o si sono sottoposte a, procedure che comportano una modificazione anatomica attraverso interventi chirurgici e/o ormonali).

# IDENTITA' DI GENERE

Il concetto di *transessualismo* non presenta una definizione univoca e condivisa; inoltre esistono differenti sottogruppi di persone transessuali il cui studio andrebbe affrontato in maniera differenziata. Il termine “*psychopatia transsexualis*” è stato coniato nel 1949 dal giornalista americano David O. Cauldwell e successivamente diffuso dallo psichiatra Harry Benjamin (1953), autore del libro *Il fenomeno transessuale* (1966). La prima riattribuzione chirurgica di sesso di tipo MtF (*Male to Female*) è stata eseguita in Danimarca da un marine americano, George Jorgensen, diventato Cristine; la prima riassegnazione di tipo FtM (*Female to Male*) fu quella di Sophia Hedwig, divenuta Karl Herman nel 1992.

# IDENTITA' DI GENERE

Il dibattito che si è sviluppato a partire dalle posizioni di Stoller può essere compreso tra coloro che vedono nel transessualismo una condizione “libera da conflitti” e chi invece sottolinea che la persona transessuale è portatrice di una grave psicopatologia di marca psicotica legata all’incapacità di simbolizzare i propri genitali (vedi, per esempio, Limentani, 1979; Chiland, 2000). Spesso l’esordio viene fatto risalire ad aspetti patologici della relazione con le figure genitoriali, ma sono ancora molto pochi gli studi a riguardo.

A differenza del/la transessuale, che mira a incidere nel corpo la morfologia sessuale adeguata all’immagine mentale di sé, il/la *travestitola* gioca sul significato dei ruoli di genere e si tiene ben ancorato alla lettera del corpo originario e alla sua natura sessuata. La/il transessuale lavora sugli *organi* e fa del corpo sessuato il sito della metamorfosi da maschio a femmina o da femmina a maschio.

# IDENTITA' DI GENERE

La/il travestita/o lavora sui *simboli* della mascolinità e della femminilità, andando e venendo, in maniera non irreversibile, tra il proprio sesso d'appartenenza e il proprio genere d'elezione. In altre parole, mentre il transessualismo riguarda il rifiuto del proprio corpo e del genere assegnato che non corrispondono al genere esperito/espresso, il travestitismo (*cross-dressing*), indica la consuetudine di abbigliarsi con vestiti e accessori tipici del genere opposto a quello assegnato, e non è necessariamente indicativo di una psicopatologia ma può configurarsi come una riformulazione, più o meno elaborata, del ruolo di genere in contesti che vanno dalla pratica sessuale alla provocazione sociale.

# IDENTITA' DI GENERE

Tornando al transessualismo, una delle maggiori esperte nel campo è **Peggy Cohen-Kettenis**, docente all'Università Vrije di Amsterdam, attualmente uno dei centri più attivi nella ricerca clinica sul tema. Cohen-Kettenis evidenzia la difficoltà nell'individuazione di fattori psicologici che possano fare luce sull'eziologia della transessualità, lamentando l'assenza di verifiche empiriche delle varie teorizzazioni e lo scarso numero dei campioni esaminati.

La sensazione riportata più frequentemente dalle persone transessuali è quella di “essere nel corpo sbagliato”, odiando, fino a evitarne il contatto, i propri genitali, simbolo evidente del conflitto.

# IDENTITA' DI GENERE

Come tutte le persone con Disforia di genere, le persone transessuali non accettano i caratteri anatomico-biologici del proprio corpo. Cercano quindi di nasconderli o modificarli: se si tratta di transessuali MtF (sesso biologico maschile, genere femminile) possono sentirsi come “donne imprigionate in un corpo maschile”; viceversa, se si tratta di transessuali FtM (sesso biologico femminile, genere maschile) possono sentirsi come “uomini imprigionati in un corpo femminile”. Le procedure di riassegnazione di genere hanno infatti lo scopo di far corrispondere l'identità di genere con il nuovo genere assegnato: l'anatomia viene modificata per consentire alle persone transessuali di “vivere a pieno titolo” nel genere e nel corpo sentiti come propri.

# IDENTITA' DI GENERE

In Italia, la legge 164 del 14 aprile 1982 “riconosce la condizione delle persone transessuali e legittima la loro aspirazione ad appartenere al sesso opposto”, autorizzando, quando risulta necessario, un adeguamento delle caratteristiche sessuali con una sentenza del Tribunale.

Oggi uno dei maggiori riferimenti per chi opera nell'ambito degli interventi chirurgici di riassegnazione, anche in Italia, è l'Harry Benjamin Standards of Care, vero e proprio protocollo per operatori sanitari che lavorano nell'ambito delle disforie di genere.

# IDENTITA' DI GENERE

Qui si trovano tutte le indicazioni, per bambini, adolescenti e adulti, dalla psicoterapia alla terapia ormonale e alla chirurgia, che si rendono indispensabili per portare a compimento l'iter di riassegnazione chirurgica. Di fatto, la legge italiana non prevede un sostegno psicologico obbligatorio da inserire nell'iter, comportando gravi rischi per coloro che si sottopongono agli interventi. Affrontare un percorso di questo tipo senza un'adeguata struttura che possa supportare il delicato e irreversibile passaggio, e che possa contenere ed elaborare ansia, aspettative magiche, depressione, angoscia per l'isolamento sociale, problemi relazionali, culturali, lavorativi, espone l'apparato psichico a traumi anche gravi.



# IDENTITA' DI GENERE

La possibilità delle persone transessuali di trovare un “posto” nella società implica un percorso duro e doloroso, e richiede molta forza psicologica. I problemi si riscontrano spesso in ambito lavorativo, soprattutto per le persone MtF, più esposte a soprusi, ghetizzazioni o episodi di mobbing. Quando la riassegnazione non è ancora riconosciuta legalmente, dover presentare un documento di identità che certifica un genere e apparire in abiti che ne mostrano un altro può comportare un notevole disagio. Non è facile combattere stereotipi e culture radicate: il vissuto delle persone transessuali, a partire dal contesto familiare, può essere molto doloroso.

# IDENTITA' DI GENERE

I problemi clinici, etici e deontologici si fanno più rilevanti quando il forte e persistente desiderio di riassegnazione riguarda bambini e adolescenti. In questi casi, l'indicazione precoce di terapie mediche o chirurgiche è oggetto di un complesso dibattito scientifico, come è ben illustrato nel volume *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion* curato da Jack Drescher e William Byne (2013): a) i bambini e i ragazzi transgender soffrono di un disturbo psichiatrico oppure la loro identità di genere e il loro ruolo di genere possono essere considerati una variante normale dell'espressione di genere? b) bisogna privilegiare un intervento che li aiuti ad accettare il corpo in cui sono nati oppure i genitori, le istituzioni scolastiche, i medici e gli psicologi dovrebbero andare incontro al loro desiderio di transizione? c) a che età dovrebbe iniziare la transizione? d) quali sono le varie implicazioni (mediche, psicologiche, etiche e sociali) dei vari trattamenti disponibili?

# IDENTITA' DI GENERE

Per approfondimenti rimandiamo anche a: Adelson and The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI), 2012; Drescher, 2007, 2009; Drescher, Cohen-Kettenis, Winter, 2012; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010. Disturbi parafiliici

Cambiamo argomento e chiariamo che l'unica connessione delle parafilie e dei disturbi parafiliici con gli argomenti fin qui trattati è il riferimento alla sfera sessuale (in questo caso, tra l'altro, come comportamenti e non come identità). Si tratta di quadri clinico-diagnostici classificati dal DSM-5 in un capitolo a se stante: i *disturbi parafiliici*.

# IDENTITA' DI GENERE

Essi comprendono: il disturbo *voyeuristico* (spiare altri nella loro intimità), il disturbo *esibizionistico* (esibire i genitali), il disturbo *frotteuristico* (toccare o strofinarsi contro un individuo non consenziente), il disturbo da *masochismo sessuale* (farsi infliggere umiliazioni, bondage, o sofferenze), il disturbo da *sadismo sessuale* (infliggere umiliazioni, bondage, o sofferenze), il disturbo *pedofilico* (interesse sessuale per i bambini), il disturbo *feticistico* (usare oggetti inanimati o focalizzarsi in modo altamente selettivo su parti del corpo non genitali) e il disturbo *da travestitismo* (eccitarsi sessualmente attraverso il cross-dressing). Nel caso del disturbo masochistico, feticistico e da travestitismo, le fantasie, i desideri o i comportamenti sessuali devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Nel caso del disturbo voyeuristico, esibizionistico, frotteuristico e da sadismo sessuale, l'individuo deve avere anche messo in atto i suoi desideri sessuali a discapito di un'altra persona non consenziente.

# IDENTITA' DI GENERE

Il DSM-5 sottolinea che “è stato scelto di elencare proprio questi disturbi, assegnando specifici criteri, per due principali motivi: sono relativamente comuni, rispetto ad altri disturbi parafilici, e alcuni di essi, per venire soddisfatti, comportano azioni che, a causa della loro nocività o potenziali pericoli per altre persone, vengono definite come reati”. Nel linguaggio DSM-5, diversamente dal termine “disturbo parafilico”, “parafilia” sta a indicare “qualsiasi intenso e persistente interesse sessuale diverso dall’interesse sessuale per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con partner umani fenotipicamente normali, fisicamente maturi e consenzienti”. Un disturbo parafilico, continua il DSM-5, “è una parafilia che, nel momento presente, causa disagio o compromissione nell’individuo o una parafilia la cui soddisfazione ha arrecato, o rischiato di arrecare, danno a se stessi o agli altri. Una parafilia è una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico”.

# IDENTITA' DI GENERE

Le pratiche sessuali e i disturbi oggi denominati parafilie o disturbi parafiliici venivano un tempo chiamati *perversioni*. La psicoanalisi classica considerava perversi tutti coloro che *sostituiscono* in modo stabile i rapporti eterosessuali genitali potenzialmente finalizzati alla procreazione con attività sessuali che coinvolgono *oggetti* diversi da persone adulte consenzienti del sesso opposto (omosessualità, pedofilia, zoofilia, necrofilia ecc.) o *mete* diverse dall'accoppiamento genitale potenzialmente finalizzato alla procreazione (sadismo, masochismo, esibizionismo, voyeurismo ecc.). Pur segnalando la diffusione e la "normalità" della coesistenza di pratiche "perverse" a fianco di quelle "normali", la psicoanalisi classica tendeva a reputare patologici i casi in cui queste pratiche escludevano o sostituivano in modo stabile e prolungato il rapporto sessuale "normale". Da questa prospettiva psicoanalitica, è possibile diagnosticare una perversione quando una "pulsione parziale" della sessualità infantile (mostrarsi, guardare, infliggere dolore o patirlo ecc.), anziché sottostare e cooperare al "primato dei genitali", prende il suo posto.

# IDENTITA' DI GENERE

Come abbiamo visto nei precedenti paragrafi, oggi la psicoanalisi non considera più l'omosessualità come una perversione, e ha modificato il proprio atteggiamento verso molte pratiche sessuali un tempo considerate perverse. Dall'idea di uno sviluppo lineare, biologicamente fondato e relativamente invariante della psicosessualità, molti autori sono giunti a pensare che la vita sessuale sia un ambito speciale e culturalmente condizionato dell'esistenza in cui gli individui possono vivere e cercare di risolvere i dilemmi dell'identità e della relazionalità. Tradizionalmente considerata una forza istintuale che presiede alle dinamiche del desiderio, dello sviluppo psicologico e psicopatologico (*teoria psicosessuale*), la sessualità viene ora ripensata come una dimensione psichica e fisica organizzata nel contesto di "matrici relazionali" (Mitchell, 1988, 1993, 2002).

# IDENTITA' DI GENERE

Questo passaggio permetterà agli analisti relazionali di comprendere come le fantasie e le pratiche sessuali e di genere contribuiscano a modellare le matrici interpersonali e sistemiche attraverso e dentro le quali le persone si sviluppano. Sganciandosi dal concetto di pulsione, il discorso sulla sessualità si è progressivamente rivolto al ruolo dell'esperienza sessuale nel rapporto con gli oggetti e nella formazione e conservazione del senso di Sé. L'importanza psichica del corpo e della sessualità non sta più tanto nella loro funzione di forze autonome (pulsioni), quanto in quella di luoghi di negoziazione relazionale per organizzare l'esperienza.



# IDENTITA' DI GENERE

Secondo la psicoanalisi freudiana classica (Freud, 1905; Fenichel, 1945), le perversioni rappresenterebbero invece l'esito di una *fissazione* o di una *regressione* a forme di soddisfacimento libidico normali nel periodo infantile. L'individuo, per difendersi dall'angoscia di castrazione associata ai desideri sessuali che nutre per il genitore del sesso opposto, tornerebbe a forme primitive di soddisfacimento. Da questo punto di vista, l'*esibizionista* mostrerebbe il proprio pene perché nello spavento della sua vittima può avere la prova della propria virilità e fugare il timore di avere un pene danneggiato; il *masochista* sarebbe un individuo disposto a farsi infliggere qualsiasi pena purché il suo pene resti illeso; il *voyeurista* cercherebbe di rivivere e padroneggiare l'esperienza "terrificante" di aver assistito al rapporto sessuale tra i genitori; ecc.

# IDENTITA' DI GENERE

La psicoanalista francese **Janine Chasseguet-Smirgel** (1975,1985) ha elaborato e parzialmente modificato queste ipotesi sostenendo che il nucleo della perversione consiste in

- 1) un tentativo di negare la differenza tra i generi sessuali,
- 2) un tentativo di negare la rilevanza della differenza tra le generazioni,
- 3) un'idealizzazione della sessualità infantile pregenitale.

La “perversione” si configurerebbe dunque quando il bambino, per difendersi dal dolore connesso alla constatazione che è attratto dalla madre ma non può soddisfare tale attrazione come fa il padre perché ha un genitale ancora immaturo, regredisce alla fase sadico-anale dello sviluppo psicosessuale. Questa regressione sarebbe associata a un'idealizzazione difensiva delle pratiche sessuali pregenitali e darebbe vita a una molteplicità di condizioni “perverse” che hanno tutte in comune il sovvertimento dell'ordine e della “legge” che organizza il mondo adulto.

# IDENTITA' DI GENERE

**Robert Stoller**, di cui abbiamo parlato a proposito delle sue importanti scoperte sull'identità di genere, ha in un primo tempo avanzato l'ipotesi che le perversioni fossero “la forma erotica dell'odio”, ma poi, di fronte alle prove della presenza di sentimenti aggressivi in gran parte delle manifestazioni della vita amorosa dell'uomo, è giunto alla conclusione che i comportamenti perversi sono “stratagemmi tesi a evitare relazioni oggettuali intime e stabili”, temute dagli uomini in quanto pericolose per la propria identità nucleare: l'intimità richiamerebbe alla mente la relazione simbiotica disturbata tra madre e bambino, relazione basata su un'identificazione in cui il maschio perde l'intima certezza di essere un uomo. Il perverso, continua Stoller, “ripeterrebbe attivamente uno scenario traumatico” di cui è stato una vittima passiva nell'infanzia, si identificherebbe con i suoi aggressori e cercherebbe di vendicarsi per il male subito.

# IDENTITA' DI GENERE

Analogamente a Stoller, anche **Masud Khan** (1924-1989) considera le perversioni derivate da una relazione madre-bambino patologica: l'essenza del comportamento perverso sarebbe la "necessità di frapporre un oggetto materiale tra sé e la persona amata". Khan, tuttavia, interpreta le perversioni più specificamente come l'esteriorizzazione delle dissociazioni e l'erotizzazione delle paure interne al soggetto. Già **Donald Winnicott** (1965, 1971) aveva messo in evidenza come alcune perversioni potessero derivare da una degenerazione dell'uso di oggetti e fenomeni transizionali, e in *Sviluppo affettivo e ambiente* illustra il caso di un bambino che arriva a usare in modo masochistico le corde, che in un primo momento sono state il suo oggetto transizionale.

# IDENTITA' DI GENERE

In maniera simile, Khan vede la perversione sessuale come un sintomo di matrice schizoide derivante dal superinvestimento della madre verso aspetti parziali del bambino che viene considerato come una protesi narcisistica: la madre, invece di sostenere la personalità del figlio nella sua globalità, ne “idoleggia” uno specifico aspetto, determinando così una dissociazione nell'esperienza del Sé del bambino. Quando si fa da parte, solitamente intorno alla fase edipica, lo lascia improvvisamente impreparato a vivere come soggetto autonomo e il bambino non può fare altro che introiettare quell'aspetto parziale del suo Sé, la “cosa creata dalla madre”, nascondendolo e preservandolo dal mondo esterno.

# IDENTITA' DI GENERE

Gli agiti perversi divengono così un “tentativo di riparazione del Sé” attraverso la messa in atto di quella specifica forma di relazione madre-bambino patologica in una relazione dove il corpo del partner viene idoleggiato come se fosse una “cosa di propria creazione” (Gazzillo, Silvestri, 2008). Per Khan, le perversioni sarebbero quindi un “tentativo di autocura”, ossia un’espressione sessualizzata di problemi del Sé attraverso la “tecnica dell’intimità”: il perverso cerca l’intimità corporea in modo studiato e intenzionale senza investire l’altro come soggetto differenziato e intero. Progetta e controlla la scena amorosa ma, in definitiva, ne resta intimamente escluso. Anche per **Donald Meltzer** (1973) la sessualità perversa si sviluppa su una struttura di personalità narcisistica. Il soggetto perverso disprezza e utilizza per i propri scopi e senza implicazioni affettive l’oggetto che non esiste per sé. Secondo l’autore, che collega perversione e psicopatologia, non vi è attività umana che non possa essere pervertita: l’essenza dell’impulso perverso consisterebbe nel “trasformare la bontà in cattiveria, conservando l’apparenza della bontà”.

# IDENTITA' DI GENERE

**Heinz Kohut** (1977) e gli psicologi del Sé hanno avanzato l'ipotesi che il comportamento perverso sia il tentativo di un *Sé frammentato* di recuperare la propria *coesione* per mezzo di comportamenti pulsionalizzati. Il voyeurista, per esempio, cercherebbe di interiorizzare un oggetto-Sé idealizzato per mezzo dello sguardo, mentre l'esibizionista cercherebbe di riguadagnare in modo pulsionalizzato lo sguardo di ammirazione di un oggetto-Sé speculare. In breve, per la psicologia del Sé le perversioni sono espressione di un Sé scisso verticalmente e al tempo stesso un tentativo di raggiungere una nuova coesione.

# IDENTITA' DI GENERE

**Arnold Goldberg** (1995), anche lui psicologo del Sé, interpreta le perversioni in base a tre elementi: dinamiche familiari particolari, sessualizzazione di un'attività di per sé non sessuale e incapacità di discriminare tra realtà e fantasia.

Secondo **Otto Kernberg** (2004), infine, le perversioni sarebbero associate a una condizione psichica in cui l'aggressività non è adeguatamente mitigata dall'amore e la posizione depressiva non ha ceduto completamente il passo all'organizzazione edipica. Kernberg sottolinea comunque che in una sessualità matura e pienamente soddisfacente sono presenti molteplici elementi perversi, ma sono integrati e resi funzionali all'appagamento genitale.



# IDENTITA' DI GENERE

Tabella 8.4 Le perversioni nei diversi contesti di personalità (modificata da Kernberg, 2004).

	Organizzazione	Organizzazione	Disturbo		Organizzazione
	nevrotica	borderline	narcisistico	Narcisismo maligno e disturbo antisociale	psicotica
	Chiario				Confuso
Qualità dello scenario perverso	e ben definito	Poco chiaro e poco differenziato	Poco chiaro e poco differenziato	Poco chiaro e poco differenziato	
Qualità delle relazioni oggettuali	Profonde e solide con chiare caratteristiche edipiche	Patologiche; i conflitti edipici sono confusi con quelli pre-edipici e prevale l'aggressività	Predomina il Sé grandioso patologico	Patologiche; i conflitti edipici sono confusi con quelli preedipici e prevale l'aggressività particolarmente intensa e egosintonica	Patologiche; prevalgono i conflitti pre-edipici
Trattamento di elezione	Psicoanalisi	Psicoterapia		Alcuni casi sono	
		psicoanalitica		praticamente	
			Psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica	incurabili	Farmacologico più psicoterapia di sostegno