**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Svilippo e della Socializzazione.**
**Dipartimento di Psicologia Generale.**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica**


# Il transessualismo: valutazione comparativa dei parametri di adattamento e supporto sociale

**Transsexualism: comparative evaluation of adaption and social support's parameters**


**Relatore:**
**Prof.ssa Marta Panzeri**

**Correlatore:**
**Dott. Federico Sandri**

**Laureanda: Pasqualin Silvia**
**Matricola 1035975**



**Anno accademico 2013/2014**

*Ai coraggiosi*

*Indice*

**INTRODUZIONE AL TRANSESSUALISMO ..... 1**

**CAPITOLO PRIMO - RASSEGNA DELLA LETTERATURA SUL TRANSESSUALISMO ..... 3**

1.1 Classificazione del transessualismo nel DSM–IV e DSM 5 ..... 3
1.2 Epidemiologia ..... 8
1.3 Eziologia ..... 10
*Teorie biologiche ..... 11*
*Teorie psicologiche ..... 12*
1.4 Ambito scolarità e occupazione ..... 17
1.5 Rapporti genitoriali e familiari ..... 19
1.6 Modelli e figure significative ..... 22
1.7 Abbigliamento nell'infanzia ..... 23
1.8 Associazioni per transessuali ..... 24
1.9 Rapporti sociali ..... 31
*Soluzione abitativa e vicini di casa ..... 32*
*Rapporti amicali ..... 32*
*Rapporti con i partner: relazioni sessuali e sentimentali ..... 33*
1.10 Progetti futuri ..... 43
1.11 I transessuali nel discorso comune- Uno studio sulle rappresentazioni sociali delle persone transessuali in un campione italiano ..... 43

**CAPITOLO SECONDO - METODOLOGIA DI RICERCA ..... 50**

2.1 Gli obiettivi ..... 50
2.2 Metodo ..... 51
2.2.1 Il campione ..... 51
2.2.2 Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati ..... 51
2.2.3 Gli strumenti di ricerca ..... 54
2.2.4 La procedura ..... 56
2.2.5 Analisi statistiche ..... 56

**CAPITOLO TERZO - I RISULTATI DELLA RICERCA ..... 57**

3.1 Analisi dell'intervista anamnestica ..... 57
*Rapporto con i genitori ..... 57*
3.2 Analisi della Scala di sostegno sociale di Surtees ..... 61
3.3 Analisi della Social Adaption Self-Evaluation Scale (SASS) ..... 63
3.4 Analisi dell'intervista sulla motivazione e le aspettative ..... 67
*Evoluzione dell'identità nel campione di controllo e sperimentale ..... 67*
*Rapporti sociali nel campione di controllo e sperimentale ..... 69*
*Evoluzione dell'identità nel campione sperimentale ..... 82*
*Aspetti relazionali del campione sperimentale ..... 87*

**CAPITOLO QUARTO - DISCUSSIONE DEI RISULTATI ..... 96**

4.1 Ambito scolarità, occupazione e relazioni con i colleghi di lavoro ..... 96
4.2 Rapporti genitoriali e familiari ..... 98
4.3 Rapporti sociali ..... 100
*Relazioni sentimentali, sessuali e rapporto con il-la partner ..... 102*
4.4 Modelli e figure significative ..... 105
4.5 Evoluzione dell'identità delle persone transessuali ..... 106

**CAPITOLO QUINTO – CONCLUSIONI ..... 108**

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI ..... I**

**SITOGRAFIA ..... V**

**INTRODUZIONE AL TRANSESSUALISMO**

*"La posta in gioco è il successo nella rappresentazione di se stessi" (Goffman, 1959).*

In ogni individuo la rappresentazione di sé è un costrutto emotivo, cognitivo e relazionale, su cui egli fonda il proprio valore e la propria identità (Salvini, 2008).

L'identità risulta prodotta dalla corrispondenza tra rappresentazione di sé, in senso corporeo, psicologico e sociale, e questa integrazione di elementi inizia fin dalla vita pre-natale. Il *genere sessuale* permette alla persona di calarsi in un ruolo sociale definito "maschile" o "femminile" e questo ruolo sarà accompagnato da comportamenti coerenti con esso e con le aspettative sociali scaturite dal genere cui appartiene. Il concetto di *ruolo di genere* è stato introdotto da Money nel 1975 e sta a indicare tutto ciò che una persona dice o fa per indicare agli altri o a se stesso il grado della sua mascolinità, femminilità o ambivalenza; è quindi, l'espressione esteriore dell'identità di genere e riflette quei comportamenti dettati dalla società in un dato momento storico.

Lo stereotipo maschile e quello femminile rappresentano, infatti, il generale consenso sui ruoli assegnati agli uomini e alle donne, rappresentando, inoltre, la matrice all'interno della quale prendono forma gli schemi personali sulla mascolinità e femminilità.

Il ruolo che viene dato dalla collettività, assieme al corredo biologico, aiuterà il formarsi dell'identità di genere, che indica il senso di sé, l'unità e la persistenza della propria individualità, maschile, femminile o ambivalente; l'identità di genere è, in sunto, l'esperienza personale del ruolo di genere.

Ed è proprio su questa esperienza di sé che ci si focalizza quando si parla di *transessualismo*, vale a dire una situazione di permanente disagio e incongruenza tra l'identità corporea e quella psichica. Il corpo, mezzo per mostrare ed esperire il genere e la sessualità, non trova un connubio con l'aspetto psichico e con il ruolo sociale che si dovrebbe ricoprire. La persona transessuale, dunque, è un individuo che sente di appartenere al genere opposto rispetto al proprio sesso biologico e che persegue l'obiettivo di un cambiamento del proprio corpo attraverso interventi medico-chirurgici.

Si parla di transessuale donna o *male-to-female* (MtF) quando una persona biologicamente maschio ha la percezione di sé come femmina, mentre di parla di transessuale uomo o *female-to-male* (FtM) quando vi è una persona biologicamente femmina che si percepisce maschio.

A questo punto è utile fare un inciso per spiegare la distinzione tra "sesso" e "genere" direttamente tratta dall'opera *Sex and Gender: The development of Masculinity and Femminity* di Robert Stoller del 1968. L'autore assegna al termine "sesso" una "connotazione

biologica", cioè del reale del corpo, mentre la parola "genere" ha "connotazioni psicologiche o culturali", ossia lega lo psichico alla dimensione culturale.

*L'identità sessuale* fa riferimento al senso di sessualità di una persona, e comporta un'integrazione tra sesso biologico, identità di genere, espressione del ruolo di genere e orientamento sessuale. Questa va poi appunto distinta dall'*orientamento sessuale*, che invece, indica la modalità di risposta di una persona a diversi stimoli sessuali, e determina quindi se questa sia eterosessuale, bisessuale o omosessuale.

L'orientamento sessuale non è dicotomico, ma si estende lungo un continuum, come hanno indicato Kinsey e colleghi (1948, citati in Dèttore, 2005) con la "Scala Kinsey", che va dall'eterosessuale esclusivo all'omosessuale esclusivo, passando per degli stadi intermedi che prevedono un orientamento prevalente verso un polo o l'altro con degli atteggiamenti in senso contrario, occasionali o meno. Questa scala, anche se presenta delle carenze, ha il merito di essere storicamente il primo tentativo di contrastare la polarizzazione eterosessuale/omosessuale.

Analogo discorso si può fare sull'identità di genere: non in tutte le persone il ruolo di genere, l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono in accordo, e anche queste incongruenze possono variare lungo un continuum. Infatti, ci sono dei soggetti che non riescono a vivere secondo il ruolo di genere da loro atteso e, secondo la teoria di Doorn e colleghi (1994, citati in Dèttore, 2005), si possono collocare su di un punto del continuum a seconda di un più o meno forte condizionamento del sottosistema maschile o femminile omologo al proprio sesso cromosomico.

Si va dall'eterosessuale con omosessualità ad alta soglia, a quello a minor soglia, al bisessuale, all'omosessuale, al travestito (il travestitismo o *crossdresser* è un comportamento che si riscontra solitamente negli uomini che adottano un abbigliamento caratteristico del sesso opposto, ma non provano disagio verso il proprio corpo e non lo fanno per attrarre altri uomini, ma per soddisfare un proprio desiderio e piacere), per finire col transessuale.

## CAPITOLO PRIMO - RASSEGNA DELLA LETTERATURA SUL TRANSESSUALISMO

### 1.1 Classificazione del transessualismo nel DSM–IV e DSM 5

La condizione clinica del Transessualismo è entrata nelle classificazioni dei disturbi mentali nel 1980, precisamente nel DSM-III, in cui si applicava tale diagnosi alle persone che manifestavano, da almeno due anni, l'interesse persistente a rendere coerente la propria identità di genere con quella psichica.

Nel 1994 il comitato del DSM-IV sostituì la diagnosi di Transessualismo con "Disturbo di Identità di Genere" (DIG) che viene tuttora utilizzata nel DSM vigente (DSM IV-TR, 2000).

Nella classificazione europea (*International Classification of Diseases-10:* ICD-10:) si mantiene il termine Transessualismo.

I Criteri diagnostici secondo il DSM IV-TR per il Disturbo di Identità di Genere nell'infanzia sono:

A. Forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto).

   Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:

   1. desiderio ripetutamente affermato di essere o insistenza di appartenere all'altro sesso;
   2. nei maschi preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili;
   3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto;
   4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto;
   5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.

B. Si osserva un persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

   Nei bambini l'anomalia si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi: nei maschi affermazione che il proprio pene o i testicoli li disgustano, o che scompariranno, o affermazione che sarebbe meglio non avere il pene, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli, giochi e attività maschili; nelle femmine rifiuto di urinare in posizione seduta, affermazione di avere o che crescerà loro il pene, o affermazione di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni, o marcata avversione per l'abbigliamento femminile tradizionale.

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.

I criteri diagnostici secondo il DSM IV-TR per il Disturbo di Identità di Genere in adolescenza ed età adulta sono:

A. Forte e persistente identificazione con il sesso opposto (non solo il desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto).

   Negli adolescenti e negli adulti, 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, o la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

   Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi di preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie (per esempio tramite la richiesta di ormoni, interventi chirurgici, o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro del sesso opposto) o convinzione di essere nati con il sesso sbagliato.

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale, come l'ermafroditismo.

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

E. Nei soggetti maturi, in base all'orientamento sessuale si differenziano in:
   - Sessualmente attratto da maschi
   - Sessualmente attratto da femmine
   - Sessualmente attratto sia da maschi che da femmine
   - Non attratto sessualmente né da maschi né da femmine.

È da notare che nel presente DSM IV-TR la diagnosi di DIG presuppone che la persona esperisca un "*disagio clinicamente significativo e compromissione di importanti aree del funzionamento della persona*" (DSM IV-TR), di conseguenza la diagnosi non è proponibile per coloro che sono a proprio agio nel percepirsi come membri di sesso opposto.

I cambiamenti che sono stati elaborati nella nuova definizione diagnostica del DIG nel DSM-5 sono molteplici:

- varia il nome da “Disturbo di Identità di Genere” a “Disforia di Genere”, il termine “disturbo”, considerato troppo “stigmatizzante”, viene sostituito da “incongruenza” (IG), termine più descrittivo.

  Inoltre, il DIG presuppone un “disturbo a vita”, invece, con il termine IG, si definisce un periodo di vita della persona, fino a quando non viene portata a termine la transizione. È anche vero che questo concetto di “remissione” è tutt’ora in revisione in quanto le terapie ormonali, psicologiche e mediche continuano anche dopo l’intervento di riattribuzione chirurgica;
- i quattro criteri del DSM-IV diventano due nel DSM 5;
- per il criterio A si passa da cinque indicatori (sia per adulti che per bambini) a sei indicatori per adulti e otto per bambini, la diagnosi si può fare con almeno due indicatori su sei per gli adulti, mentre per i bambini con almeno sei su otto;
- decade il criterio di “disagio-compromissione” che viene sostituito con marcata incongruenza fra il genere vissuto/espresso e quello assegnato della durata minima di 6 mesi.
- vengono proposti due sottotipi di IG, con “Disturbo dello sviluppo sessuale” e “Senza Disturbo dello sviluppo sessuale” ed eliminati i sottotipi in base all’orientamento sessuale;
- per gli adolescenti/adulti è stata proposta una serie più specifica di indicatori politetici rispetto al DSM-IV;
- il termine “sesso” è stato sostituito con “genere” per non creare problemi in caso di Disturbo dello sviluppo sessuale;
- si è tolta la clausola “vantaggi culturali percepiti”, in quanto non vi è nessuna ragione per imputare come spiegazione dell’IG, eventuali vantaggi ottenuti;
- sei mesi come periodo di distinzione tra un IG temporaneo o persistente;
- per adolescenti: introdotto il criterio di anticipazione delle caratteristiche sessuali secondarie;
- differentemente al DSM IV, nel DSM 5 l’incongruenza non deve essere necessariamente dicotomica “uomo/donna o donna/uomo” bensì può includere anche “qualche genere alternativo differente da quello assegnato”: in particolare quest’ultima caratteristica è una rivoluzione che il mondo psichiatrico e psicologico sta attuando.

Vengono riportati in seguito i criteri diagnostici secondo il DSM 5 (pag. 452) per la Disforia di Genere nell’infanzia (Gender Dysphoria in Children):

A. A marked incongruence between one's experienced/espressed gender assigned gender, of at least 6 months' duration, as manifested by at least six of the following (one of which must be criterion A1):
   1. a strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender);
   2. in boys (assigned gender), a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; or in girls (assigned gender), a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing;
   3. a strong preference for cross-gender roles in make-believe play or fantasy play;
   4. a strong preference for the toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by other gender;
   5. a strong preference for playmates of the other gender;
   6. in boys (assigned gender), a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; or in girls (assigned gender), a strong rejection of typically feminine toys, games and activities.
   7. a strong dislike of one's sexual anatomy;
   8. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one's experienced gender.

B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, school, or other important areas of functioning.

*Specify* if:

- **With a disorder of sex development** (e.g. a congenital adrenogenital disorder such as 255.2 [E25.0] congenital adrenal hyperplasia or 259.50 [E34.50] androgen insensitivity syndrome);
- Coding note: Code the disorder of sex development as well as gender dysphoria.

Criteri diagnostici secondo il DSM 5 (pag 452-453) per la Disforia di Genere in adolescenza e in età adulta (Gender Dysphoria in Adolescents and Adults):

A. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender assigned gender, of at least 6 months' duration, as manifested by at least six of the following:
   1. a marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics);

2. a strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics);
3. a strong desire for the primary of secondary sex characteristics of the other gender;
4. a strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender);
5. a strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender);
6. a strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender).

B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, school, or other important areas of functioning.

*Specify* if:

- **With a disorder of sex development** (e.g. a congenital adrenogenital disorder such as 255.2 [E25.0] congenital adrenal hyperplasia or 259.50 [E34.50] androgen insensitivity syndrome);
- Coding note: Code the disorder of sex development as well as gender dysphoria.

*Specify* if:

**Posttransition**: The individuals has transitionated to full-time living in the desire gender (with or without legalization of gender change) and has undergone (or is preparing to have) at least one cross-sex medical procedure or treatment regimen-namely, regular cross-sex hormone treatment or gender reassignment surgery confirming the desired gender (e.g. penectomy, vaginoplasty in natal male; mastectomy or phalloplasty in natal female).

## 1.2 Epidemiologia

Il Transessualismo è un fenomeno che ancor oggi è difficile da stimare numericamente, anche se è ritenuto raro. Il problema sta nel capire quali siano i criteri da usare e, quindi, i soggetti da considerare; solitamente, infatti, le stime vengono fatte sulle persone che si rivolgono a centri specializzati richiedendo l'intervento di RCS, quindi su quelli, tra i transessuali, che vogliono fare l'operazione e non sulla popolazione generale di persone con incongruenza di genere.

Per quanto riguarda l'incidenza (cioè il numero di nuovi casi diagnosticati in una determinata popolazione e in un certo periodo di tempo), esistono vari studi condotti in paesi diversi che mostrano un aumento della stessa (Dèttore, 2005).

La prevalenza, invece, esprime il numero di casi presenti contemporaneamente in una certa popolazione di riferimento: secondo il DSM III-R e DSM IV-TR sarebbe di 1 maschio su 30.000 e di 1 femmina su 100.000 (Baldaro Verde, Graziottin, 1991; Dèttore, 2005).

Nel nuovo DSM-5 (2013) risulta che, per i nati maschi, si va da un 0.005% a un 0.014%, per le nate femmine da un 0.002% a un 0.003%.

Poiché non tutti gli adulti transessuali utilizzano cure ormonali ed effettuano trattamenti chirurgici, questi range sono sottostimati. Le differenze tra i due sessi variano in base al gruppo: nei bambini il rapporto è 2:1 (prevalenza dei maschi sulle femmine), nell'adolescenza troviamo una quasi parità tra i due sessi e nell'età adulta c'è una prevalenza per i nati maschi che va da 1:1 a 6.1:1. In Giappone e in Polonia c'è una prevalenza per le nate femmine del 2.2:1 e 3.4:1.

Il rapporto maschi/femmine solitamente vede il fenomeno del Transessualismo più frequente nelle MtF rispetto gli FtM: secondo Lande e colleghi (1996, citati in Looy e Bouma III, 2005) il disturbo d'identità di genere sarebbe da tre a quattro volte più comune nelle MtF; il rapporto tra i sessi sarebbe di 5:1 in Australia, di 2,3:1 in Germania e di 7,5:1 in Italia (Dèttore, 2005). Baldaro Verde e Graziottin (1991) rilevano invece come nel tempo la prevalenza a carico degli uomini biologici sia diminuita: dai rapporti di 8 maschi contro 1 femmina degli anni '60 a rapporti di 4 maschi contro 1 femmina negli anni '90. Anche Ruggieri e Ravenna (1999, citati in Dèttore, 2005), confermano un aumento delle femmine con DIG, tanto da poter quasi raggiungere la parità numerica con gli uomini.

Il divario numerico tra maschi e femmine è dato da una maggiore vulnerabilità biologica; infatti, lo sviluppo fetale maschile è più delicato e soggetto ad "errori" di quello femminile, ad esempio l'inizio della produzione di androgeni tra il secondo-terzo mese di gravidanza

(Dèttore, 2005). Tuttavia, più probabilmente entrano in gioco fattori sociali e culturali: per iniziare, durante l'infanzia vengono maggiormente accettati comportamenti non conformi al genere da parte delle femmine, e meno tollerati da parte dei maschi, sia nei coetanei che negli adulti vicini al bambino (Dèttore, 2005).

Quindi una bambina che si comporta da *tomboy* è maggiormente legittimata a farlo, mentre un bambino a cui piacciono vestiti e giochi femminili viene negativamente etichettato come "femminuccia": questo dipende in gran misura dal fatto che il ruolo femminile nella società è sempre stato considerato subalterno a quello maschile, e quindi un maschio, attraverso atteggiamenti tipici del sesso opposto, non farebbe che passare verso uno status più basso. Gli stereotipi sessuali, infatti, si basano su una polarizzazione maschile/femminile, dove il primo possiede proprietà cognitive ed un valore aggiunto, mentre il secondo si basa solamente sull'emotività (Baldaro Verde, Graziottin, 1991).

La transessualità da maschio a femmina è più stigmatizzata di quella da femmina a maschio perché viviamo in una società prevalentemente maschilista nella quale la rinuncia alla "virilità" costituisce una ferita più marcata rispetto alla rinuncia alla femminilità e alla generatività (E. Bettini).

Tornando ai motivi della disparità numerica a favore dei transessuali maschi, bisogna sottolineare come le informazioni riguardanti i DIG spesso non sono facilmente reperibili, e molte volte ciò che i mass media o la filmografia trasmettono sul transessualismo riguarda solamente le transizioni da uomo a donna (basti pensare al film *Transamerica*, 2005), cosicché per chi si trova nella condizione opposta non è facile trovare una definizione di sé (Saraceno, 2003).

Di fatto, poi, probabilmente gli FtM non si sottopongono all'iter per il cambiamento di sesso per i costi più elevati, per i risultati chirurgici (spesso esteticamente e funzionalmente peggiori, anche se le cose stanno lentamente migliorando) e per il fatto di poter comunque entrare nei panni di uomo più facilmente senza dover per forza sottoporsi a interventi chirurgici.

Si ricorda che i dati sopra citati riguardano solo le persone che si sono esposte a chiedere un sostegno di ordine medico o psicologico, ma viene da chiedersi quante siano le persone transessuali non esposte.

Osservando gli interventi fatti, Olyslager e Conway (2007) nel loro studio hanno pensato di estendere tali risultati ricalcolando la prevalenza nei dati d'incidenza, tenendo conto di nascita, riassegnazione e tassi di morte. Poi, in base all'età della riassegnazione, hanno determinato il numero di persone che a un certo punto della vita saranno sottoposti a nuova

assegnazione. Dalla rianalisi di quei primi rapporti, si determinano minori legami, tra 1:1000 e 1:2000.

Si sono presentati successivamente dati di incidenza più recenti e metodi alternativi per valutare la prevalenza del transessualismo, tutti dati che indicano che il limite inferiore sulla prevalenza del transessualismo è almeno 1:500, e forse maggiore.

Questi risultati hanno importanti implicazioni per il *World Professional Association Transgender Healt* (WPATH) e la comunità medica, poiché, molte delle sfide e dei problemi implicati per conferire salute e benessere alle persone transessuali, sono direttamente proporzionali al loro numero. Infatti, lo studio termina dimostrando un notevole incremento delle persone transessuali, sia FtM che MtF, quasi due volte l'ordine di grandezza citato dai media (1:30.000 e 1:100.000) e dal WPATH (1:11.900 e 1:30.400).

I risultati ottenuti hanno importanti implicazioni per la società civile e per tutte le persone transessuali: più se ne riconoscono più possono esserci persone che li rappresentino per garantire loro protezione dalla transfobia, dal pregiudizio e dalla discriminazione.

### 1.3 Eziologia

Negli ultimi anni molti studi hanno proposto diverse interpretazioni che mettono in maggior risalto le evidenze biologiche emergenti nello sviluppo di identità, ruolo di genere e orientamento sessuale seppur il dibattito sull'importanza dei fattori sociali, culturali e psicologici è ancora molto acceso. Le varie vie per la formazione del DIG non sono state chiaramente individuate, anche se vi sono dei punti certi. Innanzitutto la presenza di una predisposizione biologica, che potrebbe portare alla costruzione di elementi dell'identità di sé fondati su predisposizioni comportamentali e preferenze verso particolari costellazioni di stimoli esterni (Dèttore, 2005). In secondo luogo vi sono le caratteristiche individuali della persona, createsi nel corso della sua storia di vita; si considerano il tipo di attaccamento, l'immagine di sé, il livello di autostima, l'autoefficacia e le strategie di coping. Queste caratteristiche possono interagire con le predisposizioni biologiche venendo a creare una situazione più o meno sensibile agli eventi dell'ambiente esterno. Infatti, è proprio l'ambiente esterno il terzo elemento a creare accordo tra Dettore e colleghi (2005), i fattori legati ai comportamenti dei genitori, come conflitti di coppia, patologie specifiche dei genitori e scarsa capacità di regolazione degli affetti. I più rilevanti, quelli specifici, sono le nette preferenze per un determinato sesso nel figlio in arrivo, l'eventuale delusione in caso di mancata soddisfazione delle aspettative e il mancato scoraggiamento da parte di uno o entrambi i genitori dei comportamenti di travestimento o impersonificazione dell'altro sesso.

L'interazione fra questi tre ambiti costituirebbe il mix necessario a creare una situazione di transessualismo. Di seguito saranno considerati i fattori di cui sopra.

***Teorie biologiche***

Le teorie biologiche sostengono che anomalie cromosomiche e fattori genetici siano parzialmente coinvolti nello sviluppo di un DIG; anche l'influenza di ormoni sessuali prenatali, come nella "sindrome di insensibilità agli androgeni", provoca l'incapacità delle cellule del corpo di rispondere agli androgeni prodotti dai testicoli, impedendo così lo sviluppo di organi genitali interni completi in senso maschile. Un altro effetto simile è dato dall'esposizione del progesterone sintetico che si utilizzava negli anni '50 per impedire l'aborto spontaneo. Col tempo risultò che molte gestanti avevano bambine con i genitali esterni mascolinizzati. Si scoprì che dosi eccessive di androgeni o progestinici nel periodo prenatale tendono a mascolinizzare i genitali esterni, senza avere alcun effetto sulla differenziazione dei genitali femminili interni (Money, Ehrhardt, 1972). Altri dati sembrano confermare una certa influenza degli ormoni prenatali sul dimorfismo sessuale, anche se non sono accettati universalmente; infatti, gli effetti dell'educazione, le reazioni dei genitori e le diverse aspettative giocano un ruolo non indifferente. L'ipotesi più accreditata è che gli ormoni prenatali creino una predisposizione al dimorfismo sessuale che poi i fattori sociali rafforzano o attenuano (Money, 1975). Durante la gravidanza anche uno stato di stress della madre è in grado produrre effetti non specifici, che potrebbero agire come fattori di rischio, anche se non vi sono evidenze empiriche che lo analizzino. Lo stress patologico può esser dovuto a una causa organica, come una malattia fisica protratta, che può rappresentare una condizione favorevole ma non sufficiente a determinare il DIG (Dèttore, 2005).

Per quanto riguarda il coinvolgimento di strutture neuroanatomiche, sono stati studiati in modo approfondito i nuclei interstiziali dell'ipotalamo anteriore, che sono considerati quattro e quindi siglati con INAH-1 INAH-2 INAH-3 e INAH-4. Allen e collaboratori (1989) hanno verificato che INAH-2 e 3 nei maschi presentano un volume maggiore che nelle femmine; Le Vay (1991) confermò i risultati ed evidenziò che INAH-3 era simile di dimensioni nei maschi omosessuali e nelle donne.

Esiste un dimorfismo nelle cellule contenenti il polipeptide intestinale vasoattivo (VIP) del Sistema Nervoso Centrale, che è più grande negli uomini che nelle donne (Swaab, Hofman, 1995). Così com'è dismorfico il Bed Nucleo della Stria Terminale, anch'esso è più grande nell'uomo che nella donna. E' stato notato che esso appare di dimensioni ridotte nei

transessuali MtoF, che sono equivalenti a quelle femminili (Zhou, Hofman, Gooren, Swaab, 1995).

Le dimensioni temperamentali sono state considerate secondo due parametri: il livello di attività e gioco movimentato. Secondo Bates (1980) il temperamento è innato, anche se soggetto a influenze ambientali, mostra continuità ed è una caratteristica oggettiva dell'individuo. Il livello di attività è riconosciuto come una condizione temperamentale e mostra forti differenze tra i generi, esso è più alto nei maschi che nelle femmine. Nello studio di Bates (1980) emerse che i bambini con DIG avevano punteggi più bassi in tali item rispetto al gruppo di controllo. Il gioco movimentato è un comportamento d'interazione sociale più comune nei bambini che nelle bambine (Di Pietro, 1981; Boulton, 1991) e Green (1976) riscontrò che i bambini con DIG avevano minor interesse nei giochi movimentati. Questi dati sono importanti caratteristiche associate con il DIG, anche se vi possono essere spiegazioni biologiche e sociali. Ad esempio, vi potrebbe essere una base genetica legata a fattori ormonali, oppure fattori psicosociali come la percezione da parte dei bambini stessi che attività movimentate siano più consone al ruolo maschile.

Infine, si vuole considerare l'importanza dell'attrattività fisica sottolineata da Stoller (1968) che ritiene la bellezza fisica come uno dei primi fattori del DIG; i bambini affetti da DIG erano effettivamente belli e avevano una gran capacità di attrarre. Questa capacità serviva da stimolo facilitatore per la femminilizzazione da parte dei genitori e in particolar modo da parte della madre.

Green (1987) ha studiato l'attrattività suscitata da bambini "effeminati" e i risultati dimostrarono come i genitori di questi bambini descrivevano più frequentemente i loro figli come "belli"; inoltre affermavano che i loro figli avrebbero potuto facilmente essere delle bambine.

### *Teorie psicologiche*

*La psicoanalisi*

Tra le teorie psicoanalitiche moderne è doveroso citare Di Ceglie (1998) che propone un approccio interattivo, chiamato "Organizzazione Atipica dell'Identità di Genere" o AGIO. Secondo l'autore i bambini reagirebbero a eventi traumatici con risposte di "reazioni dissociative", ossia con disimpegno dagli stimoli del mondo esterno e una concentrazione sul proprio mondo interno. Di Ceglie (1998) ipotizza che il bambino, calato in una situazione traumatica, possa avere un insight improvviso che lo conduca a un nuovo concetto di sé, "io sono la mamma" o "io sono il papà", in maniera da affrontare la minaccia esterna in modo

onnipotente e assicurarsi la sopravvivenza psichica. Da questo momento la realtà interna dominerà quella esterna e in un periodo critico per lo sviluppo del cervello, questi stati mentali dissociativi organizzano i sistemi neuronali, portando alla creazione di tratti stabili di personalità che sono molto resistenti al cambiamento, come appunto l'AGIO. Entro questa cornice concettuale l'autore si muove in ambito kleiniano e ipotizza nello sviluppo dell'AGIO un ruolo importante dell'ansia di separazione (Klein, 1932).

*Relazione madre-bambino e padre-bambino*

I dati clinici dicono che i bambini con DIG si sentono più vicini o si identifichino più fortemente con la madre rispetto al padre (Zuger, Green 1978).

Stoller (1975) estese la letteratura clinica riguardo all'omosessualità maschile, che rilevava spesso una relazione madre-figlio molto stretta, anche alla questione del transessualismo MtF e al DIG nei bambini. Secondo l'autore il rapporto è caratterizzato da una diade madre-figlio "felicemente simbiotica", che comporta l'incapacità del bambino di differenziare se stesso dalla madre.

La situazione è dovuta a "troppa madre e troppo poco padre" (Stoller, 1975; pag.36) che comunemente è assente oppure messo da parte. Inoltre individuò dei tratti comuni nelle madri di transessuali, ossia una forte bisessualità che viene mostrata con una femminilità a tratti mascolina (capelli corti e abbigliamento neutro), un tratto depressivo costante, supportato dal fatto di aver poca soddisfazione dalle proprie relazioni eterosessuali e un senso di vuoto e incompletezza. Tutte le madri avevano avuto un passato in cui indossavano abiti maschili durante il periodo di latenza e agivano come maschi, anche se questi comportamenti furono abbandonati con il subentrare dei cambiamenti somatici della pubertà. Per contro Zucker e Bradley (1995) affermarono che la maggioranza delle madri di bambini con DIG non presentavano conflitti psicosessuali infantili e che potrebbe essere interessante studiare l'atteggiamento verso gli uomini e le loro concezioni riguardo femminilità e mascolinità. La nozione di "simbiosi felice" tra madre e figlio di Stoller (1975) è stata criticata da più autori (Coates, 1992; Zucker, Bradley, 1995), dimostrando che non tutti i bambini con DIG presentavano una tale relazione con la madre. I dati clinici non sono ancora coerenti tra loro e con le osservazioni.

Anche il ruolo del padre nello sviluppo del DIG riprende gli approcci usati per spiegare l'omosessualità. Stoller (1979) individua nell'assenza e nella tolleranza nei confronti di comportamenti tipici del sesso opposto, da parte del padre, dei fattori di rischio per lo sviluppo del DIG; questi padri sono stati definiti dall'autore come "dinamicamente assenti" in

quanto la loro distanza era molto più viva di quanto sia l'assenza statica di un padre morto o divorziato. Green (1987) a sua volta condusse uno studio sulla qualità del tempo trascorso insieme tra padre e figlio. Egli rilevò che i bambini con DIG passassero meno tempo con il padre, rispetto ai bambini del gruppo di controllo. Di supporto a questi studi Sherman (1985) somministrò dei test proiettivi volti ad indagare le relazioni familiari; trovò che la relazione con il padre veniva, spesso, percepita come distante, negativa e ricca di conflitti. Anche in questi studi esiste un dibattito tuttora aperto con coloro che sostengono che l'assenza del padre non sia un fattore psicosociale nella formazione del DIG (Zucker, Bradley, 1995). La maggior parte dei padri di questi bambini riportava problemi di salute mentale (Rekers, 1983) e la diagnosi più frequente era quella di depressione e abuso di sostanze.

*Teorie dello sviluppo cognitivo*

Kohlberg (1966) afferma che tra i 3 e i 6 anni, nei bambini, c'è un periodo di sperimentazione durante il quale il bambino cerca di capire cosa significhi essere femmina o maschio; sono frequenti i casi in cui i bambini giocano o si vestano con cose proprie del genere opposto. Secondo l'autore è solo all'età di 6/7 anni che si forma la costanza di genere, in altre parole la consapevolezza che il genere non cambia con il tempo. In seguito, il bambino adotterà i comportamenti legati al proprio sesso di appartenenza: tale processo è chiamato da Kohlberg (1966) *coerenza cognitiva*, secondo cui ciascun individuo è portato ad agire in modo coerente con il concetto che ha di se stesso.

Questa teoria è in contrasto con corrente psicoanalitica, poiché afferma che è l'acquisizione dell'identità di genere a determinare la tendenza a imitare il genitore dello stesso sesso e non viceversa, come invece sostiene la psicoanalisi.

Inoltre, la psicologia dello sviluppo sostiene che i bambini scelgono giocattoli associati al loro genere (Martin, Little, 1990) e imitano modelli del loro stesso sesso (Bussey, Bandura, 1992) molto prima del periodo indicato da Kohlberg (1966).

Perciò tali studi ci suggeriscono come la *costanza di genere* non possa essere considerata come un requisito essenziale per l'acquisizione dell'identità di genere e, di conseguenza, come punto di partenza di un DIG.

*Teorie a orientamento sociologico*

Per queste teorie il genere è una *costruzione sociale*. Bem nel 1981 propose la teoria dello schema di genere per spiegare l'acquisizione dell'identità di genere. Uno schema è una

struttura cognitiva, una rete di associazioni che guida la nostra percezione che si forma attraverso l'interazione con il mondo esterno. Imparare i contenuti degli schemi di genere della società, per il bambino, significa imparare gli attributi che vanno associati con se stesso. Così facendo farà propri gli attributi pertinenti con il proprio sesso, che sono utili nell'organizzazione di sé; contemporaneamente conforma le proprie attitudini e preferenze personali agli stereotipi dominanti.

Altre due teorie enfatizzanti il ruolo dei fattori sociali per l'acquisizione dell'identità di genere sono: la teoria dell'apprendimento sociale e la teoria sociale cognitiva. La prima, di cui è massimo esponente Rekers (1983), sottolinea l'importanza dei diversi ambienti di apprendimento nella strutturazione dell'identità di genere, che avverrebbe secondo due processi principali: l'imitazione di modelli che vedono nella società e i premi per un comportamento appropriato o una punizione per uno inappropriato. A questo proposito si ritiene si debba porre l'accento sul rinforzo sociale, che sembra essere un importante meccanismo per spiegare la genesi delle differenze individuali nel comportamento dismorfico sessuale. Green (1987), infatti, studiò sistematicamente le reazioni dei genitori a comportamenti dei figli con DIG, confermando un atteggiamento di neutralità o positivo verso i comportamenti femminili messi in atto dai bambini maschi.

La teoria sociale cognitiva proposta da Bandura (1986) ritiene che l'identità di genere derivi dall'interazione di elementi socioculturali ed elementi biologici ossia tutti i sistemi con cui l'individuo interagisce quotidianamente ed evidenzia i meccanismi motivazionali e autoregolatori.

Uno degli autori che maggiormente rileva l'influenza sociale, la quale opera fin dall'inizio nella costruzione dell'identità di genere, è Money (1975). Secondo l'autore l'etichetta di "maschio" oppure "femmina" che viene data al bambino, fin dalla nascita, determinerà fin da subito specifici atteggiamenti nei genitori e nelle persone che sono a contatto con il bambino, che, da subito, si creeranno impressioni su cosa significhi essere maschio o femmina, anche prendendo in considerazione dei modelli, che sono spesso le figure genitoriali. Sulla base dei genitori il bambino si formerà degli schemi di genere che saranno ampliati attraverso modelli più complessi risultanti da altre interazioni. L'arco temporale da 18 a 30 mesi d'età è il momento più sensibile per la differenziazione di genere Money (1975) prevede la possibilità di sviluppare un'identità di genere incongruente con il sesso anatomico; egli osservò che i bambini da lui studiati, se assegnati a un sesso entro i 27 mesi, non sperimentavano problemi ad adattarsi alla nuova condizione. Lo studioso giunse alla conclusione che ci fosse una "neutralità alla nascita" (Diamond, 1968) e che la sessualità diventi femminile o maschile in

seguito a diverse esperienze durante la crescita. Se questa teoria fosse fondata, sarebbe possibile affermare che alla nascita un bambino con attributi biologici normali potrebbe essere cresciuto senza problemi come membro del sesso opposto, a discapito dei fattori ormonali e cromosomici. Ovviamente per ragioni etiche tale ipotesi non può essere testata. Questa posizione tiene tuttora aperto un dibattito per cui i fattori sociali non sarebbero gli unici responsabili per la formazione dell'identità di genere, ma anche i fattori biologici giocherebbero un ruolo importante (Imperato, McGinley, 1979).

*Il modello bioesistenziale di Ruggeri e Ravenna (1999)*

Lo schema corporeo, ossia la rappresentazione mentale del proprio corpo, è il principale fondamento della nostra identità. Come precisano Godino e Lacarbonara (1998) esso permette di muoversi nello spazio, di autorappresentarsi e autodefinirsi sia dal punto di vista corporeo che di quello sessuale; in ognuno deve esserci armonia tra sé corporeo e sé psichico.

Ciò che caratterizza, invece, il vissuto di un transessuale è di trovarsi in un corpo che va in una direzione e avere una psiche che va in un'altra, e questo conflitto va sempre più a risaltare con il tempo, fino a culminare nell'adolescenza. Il corpo inadeguato contribuisce a creare un'identità non radicata, ergendo una barriera netta tra corpo e psiche (Nadalin, 2000). Nell'adolescenza la corporeità, invece di essere un elemento di conferma della propria identità sessuale, diventa elemento di disconferma (Madonna, Radicioni, 1997).

Le persone transessuali divengono ossessionate dal cambiamento morfologico del proprio corpo, per poterlo adattare alla percezione che hanno di sé ricorrono a interventi chirurgici, ormonali ed estetici. L'attività che essi svolgono è la prostituzione, proprio a causa delle difficoltà che incontrano nell'inserirsi in ambito sociale e nel mantenere un lavoro durante la fase di transizione. Con ciò non si fa coincidere il transessualismo con la prostituzione, ma si enfatizzano gli ostacoli da loro incontrati nell'inserimento sociale e lavorativo, che li hanno fatti sentire non accettati dalle famiglie, per cui per sopravvivere sono ricorsi alla prostituzione (Di Folco, Marcasciano 2000).

Oltre all'apporto economico che la prostituzione porta a queste persone, è anche (soprattutto per gli MtF) un momento di riconoscimento sociale, un sostegno all'identità femminile di quella persona, la conferma della propria identità di donna (Ravenna, Ruggeri, 1999). Usando le parole di Marcella di Folco e Porpora Marcasciano (2000): il corpo odiato e rifiutato finalmente diventa fonte di guadagno e mezzo di sopravvivenza.

Ruggeri e Ravenna (1999) offrono quindi un'interpretazione del DIG, chiamata bioesistenziale e fondata su un modello psicofisiologico dell'identità, considerata un connubio

tra sé corporeo e psicologico ed esperienza legata al sé; ossia un'autorappresentazione di sé confermata nell'esperienza quotidiana.

### 1.4 Ambito scolarità e occupazione

Ravenna, Delle Grotti e Lubrano-Lavadera (1995) hanno svolto una ricerca intitolata "*Aspetti sociali e relazionali della realtà transessuale*". Dalla ricerca emerge che, al tempo, l'istruzione del gruppo transessuale (composto da FtM e MtF) era complessivamente medio-alta: il 40% aveva conseguito la licenza media, contro il 39% riportato dai dati ISTAT (relativi alla popolazione italiana di età compresa tra i 20 e i 49 anni per il 1995), il 33% aveva conseguito il diploma superiore e solo il 10% aveva ultimato gli studi universitari (ISTAT=7%). Dai dati si può notare che è presente un livello d'istruzione più elevato (diploma di scuola superiore) per gli FtM rispetto alle MtF: questo dato si può ricollegare alle maggiori difficoltà relazionali nell'inserimento sociale e scolastico per persone biologicamente maschi con atteggiamenti femminili, rispetto a persone biologicamente femmine con atteggiamenti maschili (Baldaro Verde, 1991). Questi ultimi, maggiormente tollerati nella nostra cultura consentono ad una ragazza "*tomboy*" (termine inglese equivalente a "maschiaccio") di proseguire il suo iter di studio con minori difficoltà rispetto ad un ragazzo con sembianze e atteggiamenti femminili, le cui difficoltà relazionali e disagi, lo portano più spesso ad abbandonare gli studi. Altro fattore che partecipa all'abbandono scolastico può essere un elevato costo delle terapie da seguire per la transizione (ormoni, laser terapia e interventi chirurgici) e uno scarso supporto sociale e familiare.

Per quanto riguarda l'analisi dell'occupazione, la ricerca denotava un inserimento nel mondo del lavoro del 60% delle persone transessuali, il 23% studiava e il 17% non era occupato. Gli autori ricordano che c'era la probabilità che alcune delle persone con occupazione avessero, in realtà, lavori saltuari o precari. Il 60% delle persone occupate era spiegabile mediante la crisi economica e lavorativa del Paese; altra opzione potrebbe essere legata al fatto che molti giovani, appena laureati o diplomati fatichino, per la giovane età, a trovare un'occupazione, dall'altro lato non si può non sottolineare le difficoltà che le persone transessuali incontrano nella ricerca di un lavoro stabile. Si ritiene opportuno far risaltare l'emergere del timore che i lunghi tempi di attesa legati alla transizione possano influire negativamente sul lavoro attuale; sarebbe infatti difficile conservarlo, una volta avviati i cambiamenti somatici, senza documenti adeguati. Gli Autori aggiungono che il 21% del colleghi di lavoro era consapevole della realtà degli intervistati.

Per indagare ulteriormente la questione lavoro per la popolazione transessuale si può citare una ricerca svolta da Callari, Monchi Sismondi, Morbidelli e Nergaville (2004) per il "Progetto ISELT (Inclusione Sociale e Lavorativa di persone Transessuali): le persone transessuali e la questione lavoro".

Lo studio ricorda quanto un'occupazione sia fondamentale come fonte di risorse economiche, ma anche di identità e sostegno durante la transizione; ricorda che la ricerca di un'occupazione autonoma è difficile in quanto le persone si presentano alle selezioni con un aspetto esteriore che non coincide con quello dei documenti anagrafici. Si evince, quindi, che il collocamento nei posti di lavoro delle persone transessuali sostanzialmente dipende: da percorsi protetti (aziende di proprietà di parenti o amici, servizi pubblici), dall'apertura di un'attività autonoma, da particolari contesti di lavoro (locali notturni ecc…) in cui la persona transessuale è al giorno d'oggi particolarmente ricercata, dall'essere alle dipendenze prima dell'inizio del percorso di transizione.

Le questioni lavorative si presentano come rilevanti, ma spesso condizionate dai modi in cui ciascuna persona ha elaborato la propria transessualità rispetto a sé e agli altri, in merito a questo possono essere tracciate delle linee comuni: come per tutti c'è un aspetto legato alle relazioni sociali e competenze relazionali che permette la persona di muoversi all'interno del mondo del lavoro; il secondo aspetto, più specifico, è determinato dall'immagine di sé e al ruolo sociale e professionale che si vuole assumere. In particolare in questa sezione si fa riferimento alle transessuali MtF, che si differenziano in chi pensa di dover "rinascere come donna" e che potrà definirsi e collocarsi come tale solo dopo aver perso tutti i caratteri sessuali maschili, e chi, curando con estrema attenzione il suo aspetto femminile, vive la propria transessualità come "un'eccezionale particolarità" dotata di senso e specificità. Questo mix di caratteristiche soggettive e oggettive determina verso il lavoro una molteplicità di comportamenti che vanno dal rinvio della questione lavoro, all'abbandono (forzato) alla ricerca di una posizione che si pensa più adeguata alla propria identità. Questi comportamenti dipendono dalle libere scelte degli individui, e sono profondamente connesse con le relazioni affettive e sociali; risultano decisivi infatti: l'atteggiamento della famiglia d'origine, il capitale culturale e sociale acquisito e la disponibilità di risorse materiali. Coloro che hanno potuto godere di una situazione di accettazione da parte della famiglia e dell'universo relazionale hanno avuto una base di sicurezza da cui muoversi per esplorare il mondo, che se incrementata con un buon percorso di studi può agevolare la collocazione lavorativa come una libera scelta. Contrariamente, chi ha dovuto affrontare situazioni di dolorosa rottura e riassetto

del proprio universo affettivo, vede la professione come una necessità e non una libera scelta, che può condurre anche al ricorso della prostituzione, come unica soluzione possibile.
Dalla ricerca emerge che il lavoro per le persone transessuali dovrebbe essere in un contesto caratterizzato da relazioni di stima e rispetto, dove sia possibile comunicare e vivere con riservatezza il percorso che si vuole intraprendere. A questo proposito l'atteggiamento dei colleghi di lavoro e della Direzione è decisivo, per la persona transessuale che lavora alle dipendenze. In particolare, è importante che la Direzione aziendale venga informata dalla persona sul percorso da intraprendere e che sappia assumere comportamenti attivi e adeguati: sarebbe positivo far sentire alla persona che la Direzione aziendale è consapevole che la persona transessuale vive una situazione medico-chirurgica legalmente riconosciuta e tutelata; il dipendente transessuale va trattato come gli altri dal punto di vista dei problemi di salute e che, proprio per le terapie che dovrà intraprendere, saranno magari necessari cambiamenti di orario o permessi per malattia. Per quanto riguarda la sensibilizzazione degli altri dipendenti, è compito della Direzione assicurarsene, senza sfociare in discriminazioni e molestie; in particolare è buona prassi che tutti i dipendenti si rivolgano alla persona con il pronome da lei prediletto e il nome scelto. L'azienda potrebbe organizzare, previo permesso della persona interessata, un incontro con tutti i dipendenti, per spiegare la nuova situazione: un'informazione accurata, presentata con tatto ed in tempo, potrebbe eliminare la maggior parte degli eventuali pettegolezzi, delle ostilità e delle discriminazioni sul posto di lavoro.
Si riporta infine la situazione riguardante le persone che si sono rivolte al Consultorio dell'Ospedale Mauriziano tra il 2000 e 2003 (23 casi): le persone che lavorano sono la maggioranza (61%), la maggior parte sono lavoratori dipendenti e hanno la licenza di scuola media.

### 1.5 Rapporti genitoriali e familiari

Com'è stato rilevato nella ricerca di Ravenna e colleghi (1995) i rapporti genitoriali non variano sensibilmente nel tempo, inoltre, nella ricerca di cui sopra, sono state esplorate le dimensioni di "armonia tra genitori" e "armonia tra genitori e figli": da questi dati emergeva una notevole differenza di percezione tra gli FtM e MtF.
Nello specifico, si evidenziavano maggiori disagi percepiti dalle transessuali MtF: probabilmente tale dato rispecchia la maggiore difficoltà da parte dei genitori a confrontarsi e ad accettare il modo di essere del figlio, anche per fattori culturali in precedenza esposti.
Nella letteratura straniera si ritiene rilevante uno studio di ricerca svolto degli studiosi Koken, Bimbi e Parsons (2009), guidato dalla *The Parental Acceptance-Rejection Theory* (PAR

Theory), che conduce un'analisi qualitativa sui transessuali MtF di colore e i rapporti con le loro famiglie.

La PAR Theory è un quadro teorico elaborato da Rohner (2005) con codici tematici che emergono dalla narrazione dei pazienti che permettono di concettualizzare la percezione di Accettazione-Rifiuto in relazione ai rapporti con la loro famiglia nei termini di calore, ostilità, indifferenza e rifiuto indifferenziato.

Nello studio emerge che il 50% dei transessuali MtF intervistati ritenevano le madri, nonne e zie disponibili nei loro confronti, infatti, il costrutto di calore è stato più volte usato in riferimento a parenti femminili e molto meno per quelli maschili, portando a delle fratture interne nella famiglia a volte insanabili.

Il 40% dei partecipanti intervistati ha descritto le esperienze in famiglia secondo il costrutto di ostilità; le risposte negative all'outing sono sottoforma di abusi verbali e fisici, fino a costringere la persona ad abbandonare la propria casa; fortunatamente, alcuni genitori si sono focalizzati verso atteggiamenti più tolleranti e di accettazione.

I racconti degli intervistati che testimoniavano l'iniziale rifiuto confermano la teoria di Lev (2006) secondo cui ogni famiglia deve vivere una fase di "lutto" prima di accettare la situazione; le narrazioni fanno emergere che per molti dei transessuali vi è la speranza che i rapporti con i famigliari migliorino, dopo il periodo di assestamento.

Le testimonianze d'indifferenza o abbandono da parte dei transessuali sono circa il 40%, e comprendono la mancanza di sostegno psicologico e materiale ma senza ostilità o violenze palesi, infatti, molti di essi parlano di trattamento silente (*silent treatment*) nei loro riguardi, che si può riferire al tentativo mai riuscito di parlare della transizione, a una comunicazione unidirezionale o per sino a richieste di aiuto mai ascoltate.

Infine, i racconti che non descrivono esplicitamente abusi o negligenza o la mancanza di affetto, sono stati classificati come rifiuto indifferenziato e sono presenti per il 55% delle testimonianze. Questo tipo di relazioni famigliari non sembra dirigersi verso l'accettazione, bensì pare che si stipuli una tacita intesa, che eviterebbe a entrambe le parti di affrontarsi o di discutere della situazione. Le ricerche effettuate sulla base della *PAR Theory* hanno prodotto una notevole quantità di materiale, che testimonia che il rifiuto percepito dalle persone transessuali, soprattutto in giovane età, è associato a depressione, problemi comportamentali, abuso di sostanze, stili di attaccamento adulto disadattati, bassa autostima e uno stile di coping povero (Rohner, 2004; Rohner *et al*., 2005). L'obiettivo di questo studio di ricerca vorrebbe dimostrare che le esperienze dei transessuali con i loro caregiver, in particolare

durante gli anni dello sviluppo o durante il processo di transizione, possono essere un fattore cruciale nel determinare molti aspetti nelle relazioni adulte e il loro grado di salute.

Un'analisi, si può dire, analoga alla ricerca della *PAR Theory* è stata fatta da Ravenna e colleghi (1995): è stato esplorato il rapporto con ogni genitore utilizzando la scelta di tre aggettivi per il padre, la madre, per il comportamento di ciascuno di loro verso il/la figlio/a nell'infanzia e nel periodo attuale. Anche qui la madre è descritta da FtM e MtF con aggettivi prevalentemente positivi, mentre quelli negativi usati per la descrizione del padre, vanno via via diminuendo.

Parker e Barr (1982) in una ricerca sulle rappresentazioni genitoriali di 30 transessuali MtF, riportano che nella descrizione della relazione materna non vi è alcuna differenza con il gruppo di controllo (30 maschi e 30 femmine), mentre c'è una differenza per quanto riguarda la relazione paterna, esperita più negativa.

Si è ritenuto opportuno svolgere un'indagine così approfondita sul rapporto con i genitori e con la famiglia d'origine in quanto, in letteratura, è stato dimostrato come le persone transessuali affrontino il percorso di transizione in modo migliore se supportate dalle loro famiglie; per questo si ritiene opportuno un intervento in parallelo con genitori, coniugi, fratelli, figli e qualunque altra persona significativa all'interno della famiglia, per permettere a tutti di acquisire gli strumenti di conoscenza necessari ad affrontare il cambiamento in atto (Landen, 1999).

Nell'ambito di una famiglia, dove il figlio o la figlia decidono di svelare la propria vera identità di genere, De Vine (1984) ha riscontrato che la consapevolezza viene acquisita a stadi: inizialmente i genitori avranno un tipo di "consapevolezza subliminale" nella quale avevano già dei sospetti provocati dai comportamenti o atteggiamenti del figlio, poi vi sarà "l'impatto" della notizia, quando il figlio dichiarerà apertamente la propria identità di genere.

Ovviamente la fase dell'impatto sarà accompagnata da forti emozioni, anche negative; perciò questo momento sarà seguito dalla fase di "aggiustamento" nella quale, si ricercherà l'omeostasi perduta; sarà con la fase di "risoluzione" che la famiglia accetterà la nuova identità di genere del figlio e in seguito integrerà le proprie emozioni e idee riguardo al "nuovo" modo di essere del figlio.

La scoperta dell'identità transessuale del proprio figlio-a e il conseguente adattamento di genere (dalle terapie ormonali a quelle chirurgiche) ha un forte impatto sulla famiglia (Lev, 2006) e lo shock iniziale non indica solo disapprovazione poiché è necessario un fisiologico periodo di adattamento. Spesso l'accettazione richiede un periodo di "lutto" per la famiglia

(Lev, 2006; Goldberg, Adriano, 2007) per accettare la "perdita" del figlio-a e accogliere la "nuovo-a" figlia-o (Connolly, 2006).

Dalla ricerca di Ravenna e colleghi (1995) emergeva che, una volta deciso di intraprendere il percorso di riassegnazione, gli FtM risultano più interessati rispetto alle MtF a rendere partecipe l'intera famiglia a ciò che li aspetta. Sperano di essere accettati comunque, anche se i familiari dovessero rimanere delusi. Le MtF invece sembrano non particolarmente interessate alla relazione con la famiglia durante l'iter sino a rifiutare, in alcuni casi, ogni contatto con i familiari.

Infatti, è stato dimostrato, da studiosi che hanno lavorato con transessuali, che il supporto amicale può essere più efficace rispetto a quello di una famiglia non accogliente (Green, 2000).

### 1.6 Modelli e figure significative

I modelli di riferimento sono figure importanti per lo sviluppo psico-fisico dell'individuo, con i quali, fin da bambini, ci si può confrontare e basare.

In questo scenario il contesto sociale ha un peso non indifferente nel contribuire all'identità: il concetto di *looking-glass self* elaborato da Cooley (1902) ricorda che siamo il risultato delle interazioni interpersonali nell'ambito sociale e di ciò che gli altri percepiscono di noi.

Per l'individuo è necessario crearsi dei modelli interni dell'appartenenza ad un sesso piuttosto che all'altro, e questi modelli vengono appresi fin dalla nascita attraverso l'osservazione del comportamento altrui, dall'educazione ricevuta e dall'esperienza.

La ricerca di Ravenna e colleghi (1995) ha una parte dedicata alla presenza, nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta, di persone particolarmente significative nella vita delle persone transessuali e la presenza di modelli maschili-femminili nell'ambiente familiare e nel contesto sociale più ampio.

È stato chiesto agli intervistati se avessero mai avuto il desiderio di assomigliare a qualcuno, è emersa la presenza di tale desiderio nel 50% dei casi in infanzia, nel 34% in adolescenza e del 22% nel periodo attuale. Si nota che la tendenza a decrescere è notevolmente più accentuata dei FtM rispetto alle MtF, molte delle quali, anche in età adulta mantengono la propensione a prendere a modello figure femminili in maniera stereotipata. Nelle persone MtF si riscontra una tendenza dominante e duratura nel voler assomigliare a personaggi famosi, molto frequentemente attrici e donne dello spettacolo, nelle quali viene apprezzato in maniera particolare, l'aspetto fisico.

Differente è l'andamento per gli FtM nei quali si riscontra, come già detto, un progressivo azzeramento nel tempo del desiderio di somiglianza al padre (picco più alto nell'infanzia) o ad altre figure maschili. Negli FtM, comunque, tale tendenza, quando si manifesta, riguarda l'apprezzamento di caratteristiche di personalità più che l'aspetto fisico.

Altra area d'indagine è quella relativa alla conoscenza di persone che hanno effettuato la riattribuzione chirurgica di sesso: il 46% ha risposto affermativamente, con una maggioranza per le MtF rispetto agli FtM, il 46% negativamente, nell'8% non si è avuta risposta. Il 10% dichiarano che tale conoscenza rappresenta un valido confronto in termini di incoraggiamento nella decisione di intraprendere l'iter di adeguamento; l'11% la descrivono in termini di amicizia, mentre il 15% definiscono tali rapporti come frequentazione. Lo stato d'animo che tali conoscenze suscitano nella persona è descritto nel 9% dei casi come incremento della fiducia, nel 4% dei casi il vissuto riportato è un senso di vicinanza con l'altra persona.

### 1.7 Abbigliamento nell'infanzia

Dalla ricerca di Ravenna e colleghi (1995), si possono ricavare importanti informazioni riguardo al tipo di abbigliamento che il campione transessuale preferiva indossare nel periodo dell'infanzia. Generalmente il 72% degli intervistati preferiva vestirsi in maniera consona al sesso percepito, l'8% seguiva il sesso biologico e l'11% trovava indifferente come vestirsi. In particolare si nota che negli FtM è pressoché assoluto il rifiuto per l'abbigliamento femminile nell'infanzia, sia perché più tipizzante e sia perché la scelta opposta incontra meno resistenze nell'ambiente familiare.

Ravenna e colleghi (1995) ritengono che i dati, nel suo insieme, potrebbero sottolineare il precoce strutturarsi di un'identità opposta al sesso biologico ed espressa dal bisogno infantile di "travestirsi", in accodo con quello che molti autori definiscono *transessualismo primario* (Stoller, 1968; Eber, 1980; Berg, Sverson, Astrom, 1981; Baldaro Verde, 1991). Si ricorda che l'uso di abbigliamento previsto per l'altro sesso, nella primissima infanzia, non è segnale di una consapevolezza della problematica di genere. A volte la persona stessa ne diviene consapevole in età puberale o anche più tardi (Baldaro Verde, 1991). In questi casi si ipotizza un ambiente familiare caratterizzato da una minore rigidità rispetto ai ruoli di genere; la struttura familiare sembra favorire la possibilità di esprimersi liberamente con valenze sia maschili che femminili, anche se con una possibile confusione dei ruoli. Ai bambini viene concesso di mettere in atto comportamenti generalmente ritenuti tipici dell'altro sesso, senza che ciò comporti stigmatizzazione da parte dei genitori: ad esempio sia il maschio che la femmina possono arrampicarsi sugli alberi e giocare con utensili da cucina, senza ricevere per

questo né rimproveri né richiami a comportamenti ritenuti più adeguati. Il/la bambino/a può lasciare nello sfondo della vita quotidiana il suo vissuto di genere che, non essendo sovrainvestito emozionalmente non ha bisogno né di essere represso né di essere ostentato. Si prolungano, così, i tempi del processo di individuazione e di definizione dell'identità di genere sino alle soglie della pubertà ed oltre. Nella pubertà, grazie alla spinta delle modificazioni ormonali e al conseguente prevalere dell'erotizzazione delle relazioni, la persona acquista consapevolezza della dissonanza tra identità fisica e psichica, dissonanza che si pone in primo piano esprimendosi nell'orientamento sessuale. Le persone in questa fase possono esperire confusione e incertezza legati all'impossibilità di definirsi.

Per quanto riguarda le reazioni dell'ambiente circa le scelte di abbigliamento, il 50% degli intervistati hanno notato un'opposizione, soprattutto in ambito familiare, dalla madre. La madre è la figura che più è legata ai bambini durante l'infanzia, quindi può essere che siano le uniche a conoscenza di tale atteggiamento. Gli autori ritengono che le madri, nei confronti delle figlie biologicamente femmine, siano più insistenti nel suggerire l'abbigliamento femminile, considerato come espressione traslata della loro femminilità. La moda unisex degli ultimi anni consente di rendere più sfumati i confini anche nell'abbigliamento infantile con un relativo aumento del benessere, che secondo gli autori, risulta maggiore per gli FtM.

## 1.8 Associazioni per transessuali

Nella ricerca di Ravenna e colleghi(1995) emergeva che l'80% degli intervistati transessuali, al tempo, non facevano parte di nessuna associazione, mentre solo il 14% ne faceva parte, anche se in modo non continuativo e attivo, il 6% non risponde.

Di seguito si prosegue con il descrivere il lavoro svolto da due associazioni per transessuali.

*Associazione PFLAG: il supporto per i transessuali e i familiari all'estero.*

La *Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays* (PFLAG) è un'organizzazione nazionale senza scopo di lucro con più di 200.000 soci e sostenitori e oltre 350 società affiliate negli Stati Uniti. Questa vasta rete è regolata dall'Ufficio Nazionale PFLAG con sede a Washington. La mission di quest'associazione è promuovere il benessere delle persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali e dei loro famigliari attraverso il sostegno, per far fronte a una società non sempre accogliente, attraverso l'istruzione, per rendere noto il fenomeno a un male informato pubblico e porre fine alla discriminazione e garantire pari diritti civili. L'associazione PFLAG crea un'occasione di dialogo sull'orientamento sessuale e l'identità di genere, è impegnata a creare una società sana e rispettosa della diversità umana e

dichiara sei obiettivi strategici: rafforzare la capacità dell'associazione a tutti i livelli in modo da renderla più efficace possibile; creare un mondo in cui i giovani possano crescere ed essere educati con libertà dalla discriminazione, indipendentemente dal proprio orientamento sessuale o quello delle loro famiglie; rendere il messaggio accessibile a tutte le comunità etniche e culturali, per porre così fine all'isolamento delle famiglie; lavorare per la piena inclusione delle persone gay, lesbiche e transessuali all'interno delle loro comunità religiose; creare una società in cui tutte queste persone possano proseguire la propria carriera lavorativa ed essere incoraggiate a crescere secondo il proprio potenziale; creare una società in cui tutte queste persone possono avere piena uguaglianza civile e giuridica.

Nell'opuscolo *Welcoming our trans family and friends* dell'Associazione, si possono individuare i consigli di base per fornire i primi aiuti:

- *non siete soli*, ossia per ricordare alle famiglie che loro e il loro caro non sono abbandonati a loro stessi;
- *non siete responsabili*, per ricordare ai genitori che non è a causa loro se il loro caro è transessuale, né tanto meno hanno fatto qualcosa di sbagliato, ricordando che questa esperienza può rendere la famiglia ancor più unita;
- *solo i fatti*, dove si spiegano le differenze tra Identità di Genere, Espressione di Genere e Orientamento sessuale;
- *importanza della cura di sé*, rileva il valore di una rete di sostegno per affrontare il "lutto" dovuto alla "perdita" del proprio caro e avere quindi la capacità per accogliere la sua nuova identità. In questo spazio a loro riservato i famigliari possono esprimere anche quei sentimenti più negativi, come lo shock e la rabbia, in maniera libera, per poi essere rassicurati da altre persone che vivono gli stessi sentimenti;
- *rispetto del transessuale*, che facendo outing si è aperto con il nucleo familiare, dimostrando un coraggio e un'integrità non indifferenti; il consiglio è di prendere esempio da esso e portare rispetto per la sua scelta, chiamandolo con il nome e il pronome che egli predilige;
- *coming out*: s'invita la famiglia a rispettare i tempi dell'interessato per divulgare la notizia;
- *il futuro è luminoso e ricco* di possibilità per il transessuale e il suo domani;
- *il benessere del proprio amato*, per ricordare che le modifiche fisiche, che tanto possono sconvolgere un familiare, renderanno il transessuale felice e più rilassato, facendo sì che riprenda la sua vita in modo completo;
- *siamo qui per aiutarvi*, l'Associazione si offre per svolgere degli incontri con la famiglia e il transessuale, sia telefonici sia di persona, inoltre nel sito internet "http://community.pflag.org"

allega una varietà di video, siti web e gruppi di cui l'utente può usufruire. Il tutto deve essere accompagnato da pazienza, poiché per l'accettazione completa serve tempo.

Considerevole sarebbe risolvere le problematiche emergenti dal conflitto tra sentimenti contraddittori e confusi; alcuni genitori, partner e amici possono sentirsi sollevati per aver scoperto la fonte dell'angoscia del loro caro, altri possono essere turbati e arrabbiati oppure sentirsi come se il loro caro fosse morto. In questo tempo il nucleo famigliare deve avere l'opportunità di esplorare questi sentimenti e i fatti reali, per questo sarebbe utile essere informati in modo adeguato per sentirsi inclusi e utili nel percorso che sta vivendo il transessuale.

A questo punto ci saranno molte domande che invadono la vita delle famiglie come cosa diranno le persone, cosa penseranno, se la comunità religiosa li accoglierà ancora e se questo evento cambierà il loro status sociale. Condividere queste preoccupazioni con altre famiglie che vivono le stesse esperienze può essere prezioso e PFLAG può fornire assistenza attraverso la *Transgender Network Support* (TNET) che vede più di 500 punti di raccolta negli Stati Uniti, gestita dai rappresentanti di TNET che offrono il supporto necessario alle famiglie, sia al singolo che in gruppo. PFLAG inoltre ha dato il via a un'iniziativa di auto-educazione per permettere l'accesso pubblico a un ampio numero d'informazioni sul fenomeno del transessualismo; per il transessuale è importante vedere che la famiglia è ben informata sul transessualismo, così potrà capire la loro vicinanza.

Angello, sessuologa clinica e membro del *Reinassance Transgender Association* lavora da oltre dieci anni con ragazzi transessuali e con le loro famiglie e ha contribuito a coadiuvare la gestione di PFLAG fornendo importanti spunti clinici; una delle cose più delicate da affrontare è la paura che i genitori hanno per i propri figli, il senso di colpa nei loro confronti e la tristezza per un futuro difficile. Il loro primo pensiero è tutelarli e proteggerli, anche se dentro ogni genitore l'unica necessità sarebbe di piangere per come il futuro del figlio è cambiato. La maggior parte dei genitori porta i figli in terapia per far sì di "aggiustarli", ossia convincerli a conformarsi alle aspettative del loro genere di nascita; da un lato è utile rivolgersi a uno specialista per garantire la salute mentale del figlio, dall'altro si dovrebbe cercare di prendere in considerazione che il giovane potrebbe essere transessuale: sorprendentemente, dopo aver compreso una realtà così estranea, i genitori di solito diventano i più grandi alleati dei figli. Angello incoraggia le famiglie a rendere più fluida e libera l'espressione di genere dei figli per favorire la comprensione di chi vogliono veramente essere; la cosa più importante per ogni figlio è sentire di essere amato in modo incondizionato

e di esser ritenuto autentico per essersi mostrato com'è. Se un genitore riuscirà in questo intento, potrà anche salvaguardare la vita del proprio figlio.

La dr.ssa Angello ha suggerito delle domande da tenere in considerazione per condurre un dialogo rilevante con la persona amata circa la sua identità di genere: queste domande non sono fatte per ottenere delle risposte *hic et nunc* ma per raccogliere delle informazioni arrivando così a una maggior conoscenza e comprensione. Le domande suggerite sono di questa natura: Quando hai cominciato a pensare alla tua identità di genere? Cosa ti ha fatto pensare alla tua identità di genere? Dove hai conosciuto le comunità transessuali? Conosci qualche persona transessuale? Posso fare qualcosa per aiutarti? È bene ricordare che le domande vanno formulate in modo ragionevole e sensibile, senza essere invasivi per non turbare l'interessato e chiudere prematuramente la conversazione; inoltre è bene porre una domanda solo se la famiglia è pronta per ascoltare la risposta: meglio andare passo dopo passo e rispettare i tempi emotivi dei familiari e dell'interessato.

Le ricerche cliniche più recenti fanno emergere delle tematiche particolarmente delicate da affrontare per la famiglia e il transessuale, in primis la regolazione del nome/pronome con cui devono chiamarlo. L'utilizzo del nome/pronome prediletto dal transessuale è un enorme passo avanti e segno di sincero rispetto da parte dei familiari, soprattutto per chi era particolarmente legato al nome precedente. Un altro adeguamento sarà adattarsi a come il transessuale si presenta in pubblico: è assolutamente necessario che i familiari seguano le decisioni da lui prese; non farlo potrebbe invalidare l'identità di genere, confondere gli altri e creare potenziali pregiudizi. Una decisione irreversibile è quella della terapia ormonale e delle terapie chirurgiche: il modo migliore per affrontare il discorso è di avviare un dialogo per snocciolare a fondo tutte le possibilità senza atteggiamenti troppo critici da ambo le parti; spesso se un transessuale intraprende le terapie è perché ha considerato a lungo le varie opzioni prima di condividere la decisione con la famiglia.

Ruolo importante dei familiari è di tenere in considerazione se il transessuale è incline a cambiare spesso idea, segno di poco convincimento.

La valutazione da parte di terapeuti e medici di supporto è in grado di far elaborare la miglior linea d'azione, per intraprendere il miglior percorso di transizione per ogni persona; la cosa più importante per l'Associazione PFLAG è che i loro pazienti e famiglie si sentano amati, vengano considerate le loro esigenze e possano esprimere liberamente il loro sé.

*Movimento di Identità Transessuale: supporto per transessuali e familiari in Italia.*

Il Movimento di Identità Transessuale (MIT) è un'associazione di volontariato, con sede a Bologna, composta e gestita da persone transessuali, che si occupa della difesa e tutela dei diritti delle persone transessuali, della loro salute e della loro dignità. Per la sua importanza il Consultorio del MIT, primo e unico attualmente in Italia, fa parte dell'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità d Genere), principale istituto di ricerca italiano, e del WPATH (*World Professional Association Transgender Health*), il più accreditato centro mondiale di ricerche sull'Identità di Genere

I servizi più importanti che l'associazione offre sono: Consultorio per la salute, per fornire assistenza, cure e sostegno professionale specialistico in un setting ideato per accogliere adeguatamente il target in oggetto; Prevenzione HIV e Malattie Sessualmente Trasmissibili (MTS), dove si svolge attività di informazione e prevenzione in stretto contatto con la Lega Italiana Lotta contro l'AIDS (LILA) e i reparti dell'Ospedale Maggiore e del Sant'Orsola di Bologna; Linea Trans, un servizio telefonico e diretto di counselling, sostegno, aiuto e assistenza; Sportello Lavoro, info point rivolto alle persone transessuali che fornisce informazioni sulla tutela dei diritti del lavoro, l'avviamento professionale, l'invalidità, la malattia e garantisce assistenza legale; Assistenza in carcere, servizio di sostegno a persone transessuali recluse; Prostituzione Sicura, un servizio di prevenzione e informazione sanitaria, che facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari rivolto a persone transessuali che si prostituiscono; Centro di Documentazione, un archivio per raccogliere la produzione e la diffusione di documenti (libri, riviste, video, tesi di laurea) sul transessualismo; Azioni di Sensibilizzazione, organizzazione di eventi per favorire la diffusione di una maggiore competenza e sensibilizzazione sulle tematiche transessuali.

Un punto di forza del MIT di Bologna è il "coinvolgimento secondario" di figure professionali come medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e psichiatri, datori di lavoro, sindacalisti, enti e responsabili di aziende i quali, collaborando con l'associazione, possono arricchire il loro know how professionale; questo dovrebbe contribuire a rafforzare la lotta contro la discriminazione e a permettere la diffusione di una cultura di genere che prevede l'integrazione dei transessuali in ogni ambito socio-professionale.

Da Marzo 2010, inoltre, è partito un nuovo progetto di Consultorio chiamato "Percorso di sostegno psicologico alle famiglie nel percorso di transizione" indirizzato ai familiari degli utenti transessuali. Il percorso permette la partecipazione di tutti i familiari e persone maggiorenni vicine e significative per la famiglia; esso consiste in 8 incontri della durata di 2 ore ciascuno, ogni 3 settimane. Gli incontri sono tenuti dalle psicologhe-psicoterapeute

consulenti del Consultorio MIT, esperte in tematiche legate al Disturbo di Identità di Genere; esse hanno diversi approcci teorici (psicodinamico e costruttivista), che integrano per sostenere un percorso completo.

Gli obiettivi del percorso sono di formare e fornire strumenti di conoscenza e autoconoscenza attraverso la narrazione, il confronto e la condivisione di gruppo.

Il lavoro di gruppo può essere una fonte ricca di stimoli, possibilità, maturazione e apprendimento per i partecipanti: in gruppo le persone si sentono libere di esprimere le loro emozioni sia positive sia negative. Attraverso il gruppo, le famiglie prendono consapevolezza di quello che vivono i loro cari, di cosa li aspetta e di come diventeranno; prendono consapevolezza di nuove dimensioni intrapsichiche e relazionali, giungendo a un nuovo tipo di interazione. Inoltre nel setting che si viene a creare, i familiari hanno la possibilità di abbassare le proprie difese e liberare l'aggressività trattenuta, la tristezza e il proprio disagio nei confronti del parente transessuale; chi partecipa ha la possibilità di conoscere altre famiglie con la medesima difficoltà, per questo gli incontri prevedono il raggruppamento dei famigliari di utenti FtM e MtF per favorire il dialogo con persone che vivono anche un disagio differente.

Ad esempio un genitore di un FtM potrà instaurare con un genitore di un MtF uno scambio di idee, opinioni e consigli su come approcciarsi alla nuova identità del figlio, e viceversa.

Il programma dei vari incontri è cosi costituito:

- Primo incontro, cosa condividiamo: la famiglia in transizione. Le famiglie quando arrivano al servizio sono già venute a conoscenza dell'outing del figlio e stanno già vivendo all'interno di un mutamento, anche se hanno difficoltà ad inquadrarlo e tendono a recuperare l'omeostasi perduta.
- Secondo incontro, come e quando è arrivata la notizia: smarrimento e sensi di colpa. Il ripercorrere quei momenti può aiutare il nucleo famigliare a far chiarezza su quello che è accaduto, a metabolizzare quello che è stato detto e come si è reagito.
- Terzo incontro, cosa penso di pregiudizi e stereotipi. Una delle paure principali dei famigliari è che il loro caro sia messo in pericolo dalla sua stessa rivelazione ma, anche loro sono intimoriti da questa nuova notizia; trattare la tematica degli stereotipi di genere aiuta a comprendere che l'uso di queste rappresentazioni mentali è un modo per ipersemplificare la realtà e ingabbiare all'interno di comportamenti statici qualsiasi essere umano.
- Quarto incontro, e adesso cosa faccio? La famiglia ha bisogno di reinventarsi. Reinventarsi implica una fatica immensa, sia per una coppia sia per dei genitori che vedono "rinascere"

il proprio figlio; il cambiamento repentino di ruolo per una persona è destabilizzante e, inevitabilmente, essa cercherà di ritornare allo status precedente.

- Quinto incontro, il corpo è partito! Arriva la terapia ormonale. Gli autori esteri citati in precedenza hanno rilevato che l'apporto familiare durante le terapie ormonali e chirurgiche garantisce un successo maggiore (Landen, 1999). Per un familiare vedere che il proprio caro cambia aspetto ogni giorno può incutere timore, ma, se sarà in grado di superare lo shock del momento, potrà diventare un suo prezioso alleato.
- Sesto incontro, a che punto siamo? Cos'è cambiato e cosa resta da cambiare? Verso la fine del percorso è utile fermarsi a fare il punto della situazione.
- Settimo incontro, l'intervento chirurgico: rinascita nella continuità. La scelta è possibile. Spesso il transessuale investe tutto se stesso nell'intervento di riassegnazione sessuale e quel momento diventa il traguardo finale da raggiungere. Il ruolo dei familiari da un lato è di monitorare il grado di convincimento del loro caro, dall'altro di superare il momento di "lutto" causato dalla "perdita" di un figlio (Connolly, 2006) e mantenere un senso di continuità affettiva nei confronti del figlio che è divenuto "un altro".
- Ottavo incontro, il percorso è terminato ed ha accompagnato la famiglia lungo la fase di transizione; a questo punto i familiari sono correttamente informati e sono stati aiutati a essere una risorsa preziosa per la ri-costruzione del benessere della famiglia stessa.

Quello del MIT è l'unico consultorio per la salute delle persone transessuali in Europa, in regola con gli standard internazionali, direttamente gestito da un'associazione di transessuali. Si auspica che in un prossimo futuro si riesca a estendere il servizio che fornisce il MIT, creando una rete capillare anche in altre città italiane. Questo intento si può compiere solamente se si riesce ad avviare, in modo sempre più ampio, un'educazione e una formazione in ambito culturale in modo da cominciare a ritenere il transessualismo un fenomeno da inserire nel presente contesto socio culturale.

Si riconosce il bisogno delle persone transessuali di essere sostenute, un bisogno che si traduce e si esplica in servizi, progetti e politiche di supporto e sensibilizzazione.

Il modello americano può essere una risorsa da prendere come esempio, in quanto opera nel settore da più di quarant'anni. Creare un intervento che vede coinvolte anche le famiglie, è essenziale per svolgere un percorso in parallelo con il transessuale in transizione; gli incontri vanno focalizzati sui bisogni dei membri della famiglia e vanno distinti dalle pratiche cliniche fornite alle persone transessuali.

Il sostegno ai familiari potrebbe contribuire ad attenuare il dolore e la sensazione di perdita associata al processo di transizione, può inoltre prevenire il deterioramento delle relazioni

interpersonali ma anche portare benefici ad esse.

Gli incontri offrono un setting attento e confidenziale per la libera espressione delle emozioni complesse, che vengono sperimentate sia da persone transessuali sia dai loro famigliari, per questo "le famiglie dovrebbero essere considerate come collegate, come un sistema" (Istar Lev, 2004).

Spesso però queste famiglie tendono all'isolamento, voluto o subito, ritenendo che gli altri non possano capire la loro situazione; molti di coloro che frequentano dei gruppi di sostegno ritengono che quella sia la loro prima possibilità di parlare apertamente della loro situazione e del loro dolore.

Molti hanno valutato proficuo il fatto di poter condividere le loro esperienze ed emozioni con altri nella stessa situazione, per questo molte famiglie provengono da varie parti del Paese per partecipare agli incontri perché, a livello locale, spesso non esistono punti d'ascolto specifici per i loro problemi.

Per avere una maggior consapevolezza sull'utilità di questo approccio di sostegno alla famiglia sarebbero utili ulteriori studi di follow-up, anche dopo il termine dell'intervento.

### 1.9 Rapporti sociali

La condizione transessuale comporta, per sua natura, problematiche relazionali e sociali che hanno il loro culmine durante il periodo di transizione (Osservatorio Nazionale Identità di Genere - ONIG).

Il fatto di essere percepiti (a causa di ambiguità fisiche o dei documenti discordi) come persone di un sesso che si stanno comportando come fossero dell'altro, induce negli altri uno spettro di reazioni che possono andare dal disagio, alla violenza, passando attraverso discriminazione, insulto, derisione ecc.

Queste reazioni nascono dalla paura che normalmente le persone hanno della "diversità". Le persone transessuali propongono un modello di esperienza della vita diverso dal comune che mette in crisi la norma per cui i maschi sono maschi e la femmine sono femmine.

In aggiunta, il richiamo alla sessualità coinvolge la sfera più intima delle persone che sono turbate dal richiamo al tema della trasgressione.

Il bisogno di "proteggere" lo status quo e di evitare di mettere in crisi il proprio equilibrio, spinge ad assumere atteggiamenti espulsivi e discriminatori nei confronti di chi "disturba" la norma.

Gli ambiti in cui questa esclusione si manifesta sono quelli della vita quotidiana di tutti: lavoro, studio, amicizie, famiglia, ricerca abitativa, vita ricreativa.

### *Soluzione abitativa e vicini di casa*

Dal sito ONIG emerge che, un altro ambito che può presentare delle difficoltà è la ricerca e gestione di un'abitazione. In molti casi i padroni di casa si rifiutano di affittare l'appartamento non appena la condizione di transessualità viene resa nota (anche semplicemente alla presentazione dei documenti). Gli affittuari possono essere diffidenti e avere pregiudizi, oppure rifiutare anche solo perché preoccupati da possibili reazioni dei vicini. Anche quando la casa è di proprietà possono esserci problemi di convivenza e le critiche, le proteste e l'ostracismo degli altri condomini portano spesso a situazioni di grave tensione.

Si riportano degli stralci di articoli di giornale che presentano due storie di persone transessuali e le loro difficoltà abitative:

*"Aveva una vita normale, come tutti gli altri inquilini del suo condominio: la trans intervistata dalla troupe di Annozero la scorsa settimana sulle notti di via Gradoli risponde a quelle che definisce «falsità, diffamazione». I suoi ex vicini di casa, scoperta la sua identità sessuale, l'hanno tormentata e perseguitata con ingiurie e sgarbi continui finché non è stata lei ad allontanarsi. «Le mie giornate erano tranquille, non ho mai fatto nulla di cui qualcuno si potesse lamentare, non c'era via vai di gente ma un amico ogni tanto, la colf o l'idraulico, e la mia vita sessuale non deve interessare i miei vicini – racconta Milla –. Ma quando un uomo scende le scale con un coltello in mano gridando e insultandoti, e le forze dell'ordine non fanno niente per difenderti, c'è poco altro da fare".*
*Da "Corriere del Veneto", 6 Novembre 2009.*

*"Una casa a una come lei non l'affittiamo. Di sicuro fa la prostituta e i vicini non vogliono vedere viavai di gente intorno». Una porta sbattuta, liquidata senza neanche salutare. Frasi che Giulia Bernardini, ora che cerca una casa, si è sentita rivolgere da impiegati di agenzie. Giulia non fa la prostituta. Lucchese, ha 33 anni e tanti progetti per il futuro: quello di aprire un'attività come restauratrice di mobili antichi, ad esempio. Ma adesso deve risolvere il problema più urgente: trovarsi una casa. Quella in cui vive in affitto da 5 anni è stata richiesta indietro dal proprietario: c'è una causa in corso ma sembra ormai che le cose si stiano mettendo dalla parte di lui. Ciò che ostacola Giulia nella ricerca di un'altra casa è il pregiudizio di alcune persone, il loro essere discriminatorie"*
*Da "Il Tirreno", 7 Ottobre 2013.*

### *Rapporti amicali*

Il sito ONIG ricorda che le persone transessuali potrebbero trovare difficoltà anche in altri ambiti di relazione: amici, sport, vita ludica, conoscenti, personale di uffici con cui bisogna sbrigare delle pratiche, pubblica sicurezza, aeroporti, alberghi, personale sanitario, eccetera. Insomma, in ogni istante della vita quotidiana, per lo meno quando la condizione di transessualismo è nota (a causa della discrepanza coi documenti) o e' visibile. La casistica di discriminazione/esclusione anche qui è estremamente variegata: amici che non riescono a reggere il giudizio sociale, o che rifiutano violentemente la persona; rifiuto di accordare prestiti, o di cambiare assegni; pubblica esposizione della condizione di transessualità agli sportelli, o ai seggi elettorali o in ambito sanitario; controlli di polizia non necessari o veri e propri abusi e vessazioni, esclusione da percorsi sportivi o da altre attività ludiche. I motivi sono sempre gli stessi: il sospetto, la diffidenza, la paura del giudizio altrui, lo scompiglio e il

conflitto interiore che una persona transessuale crea in molte persone. In assenza di un carattere solido e di un adeguato supporto, le conseguenze sono frequentemente l'isolamento, il crollo dell'autostima, l'autocolpevolizzazione, l'autoesclusione.

*"Ho trascorso buona parte dell'infanzia e dell'adolescenza a pormi domande.*
*Quando sei bambino non hai bisogno di definirti, semplicemente "sei". E non cogli l'imbarazzo delle persone che hai attorno. Poi arriva il giorno in cui qualcuno cerca di convincerti che qualcosa in te non va. Che non puoi muoverti in quel modo, parlare come parli, giocare a quei giochi. La mia identità di genere era visibile e percepita dagli altri. Gestualità, voce, sguardo, mi rivelavano. Crescendo, realizzi che ci sono i ragazzi, le ragazze, e tu. Quando vedi i tuoi compagni ridere e scherzare non con te, ma di te, vivendo quotidianamente il dileggio, gli insulti, le botte, inizi a porti domande. Nelle risposte può stare il senso di una vita." Monica Romano.*

***Rapporti con i partner: relazioni sessuali e sentimentali***

Ravenna e colleghi (1995), nella loro ricerca, fanno emergere dei dati significativi. Innanzi tutto sottolineano che, pur nella diversità delle pratiche sessuali, non ci sono differenze significative tra FtM e MtF e che la loro vita sessuale non si discosta più di tanto dalla vita degli adolescenti generali, pur ricordando il conflitto tra identità percepita e spinte pulsionali. Dalla ricerca emerge che 50 persone su 76 hanno avuto attività sessuale in adolescenza e che 26 di questi vivono il corpo come limite per la piena soddisfazione. Alcune delle 50 persone si dichiarano, piuttosto di rinunciare alle affettuosità, di esporsi ad un doloroso vissuto di ambiguità. Il 60% dell'intero gruppo riferisce che le prime esperienze sessuali sono iniziate con l'attività masturbatoria tra gli 11 e 13 anni (approssimabile per difetto). Il restante 40%, che non avrebbe mai praticato attività masturbatoria, è attendibile poiché è collegabile al desiderio di escludere gli organi genitali da qualsiasi aspetto della vita. Come confermano Baldaro Verde (1991): distintivo dei transessuali è la totale negazione del loro organo genitale, la qual cosa implica anche l'assenza della masturbazione.

Rispetto alla possibilità di svolgere un'attività sessuale con una/a partner nell'adolescenza, 45 persone dichiarano di aver avuto partner dello stesso sesso biologico, mentre 5 dichiarano partner di sesso biologico opposto. In questi 5 casi la pulsione erotica verso l'altro sembra fortemente condizionata dallo stereotipo socialmente più accettato (eterosessualità), piuttosto che seguire la personale spinta pulsionale spesso tanto confusa quanto minacciosa. Baldaro Verde (1991) parla, in casi come questo, di esperienze imposte da familiari a scopo "correttivo", e vissute dalla persona in modo traumatico, con il risultato di rafforzare il convincimento di essere in un corpo sbagliato.

L'esperienza clinica di Ravenna e colleghi (1995) li fa concordare, con questa affermazione, solo in alcuni casi; per la maggior parte delle persone il rapporto sessuale è frutto di una scelta e sembra rappresentare uno dei momenti cruciali nel percorso evolutivo. D'altra parte i primi rapporti, oltre ad essere un naturale passaggio dello sviluppo psicosessuale, rappresentano,

nelle persone con DIG, un sostegno alla negazione (rapporto eterosessuale) o una possibilità di chiarificazione (rapporto omosessuale). Dei 45 intervistati che hanno avuto esperienze con persone dello stesso sesso biologico, solo 26 dichiarano esplicitamente l'intenzione di questa scelta, per gli altri si evince il contesto di indagini. Emerge dalle risposte una scarsa soddisfazione sessuale nei rapporti giovanili: solo la metà afferma di aver raggiunto l'orgasmo sempre o spesso, mentre l'altra metà non l'ha mai raggiunto o solo raramente; il mancato raggiungimento dell'orgasmo e la scarsa soddisfazione sessuale non sembrano connesse con specifiche problematiche sessuali. L'alta percentuale di non risposta in quest'area ci sembra riconducibile a difficoltà espressive legate alla forte emotività sottesa al desiderio di non identificarsi nel proprio sesso, cosi come sarebbe necessario per rispondere alla domanda.

Ravenna e colleghi (1995) sono passati, in segito, a considerare i dati relativi alla vita sessuale in età adulta. Poco più della metà degli intervistati dichiara di aver avuto relazioni sentimentali e sessuali significative, con una leggera prevalenza per gli FtM, per i quali si può ipotizzare un atteggiamento più attivo, che rappresenti, secondo lo stereotipo, una conferma della loro identità maschile. Gli FtM, infatti, hanno più difficoltà a mostrare e evidenziare caratteristiche prettamente maschili. Sentono il bisogno di assumere un maggior numero di atteggiamenti e comportamenti chiaramente maschili, evitando cosi il rischio di essere etichettati come "femmine mascolinizzate". Ravenna e colleghi (1995) riportano che secondo Baldaro Verde (1991) il bisogno di identità può anche condurre, analogamente per quanto avviene per il transessuale MtF e per l'eterosessuale con identità confusa, ad un comportamento di Don Giovanni. Lo stereotipo maschile che vede l'uomo come conquistatore, un "vero" uomo è colui che può appendere alla cintura molti scalpi. È presente, quindi, anche questo comportamento seduttivo a conferma del bisogno di identità. Invece per le MtF, la femminilizzazione si evidenzia attraverso comportamenti spesso eccessivi che evocano nell'ambiente continue conferme per l'identità di genere. Nell'immaginario collettivo, la realtà transessuale è fortemente connessa con l'attività sessuale fino alle sue espressioni più estreme (prostituzione e perversione); nell'indagine di Ravenna e colleghi (1995), al contrario, la gran parte delle persone non ha vissuto la propria sessualità in modo particolarmente attivo: 23 intervistati su 36 che dichiarano di avere un'attività sessuale, affermano di non aver avuto più di tre relazioni significative. Anche per le relazioni sentimentali significative, 38 su 48 non ne hanno avute più di tre. Il rapporto d'amore, anche se solo fantasticato, risulta nel complesso gratificante, a volte l'unico momento di serenità in una vita difficile e tormentata. In molti casi è solo il partner attuale che conosce fino in fondo

la realtà della persona transessuale. Una ricerca condotta su partner di FtM, ha rivelato come: rispetto alle relazioni del passato, l'attuale situazione sentimentale è più seria e più profonda e più intima e soddisfacente (Puliatti, Stranieri, 1996). Al momento in cui hanno deciso di intraprendere l'iter di RCS, 41 persone su 76 avevano un/una partner dello stesso sesso biologico, e definiva il rapporto eterosessuale: l'identità di genere appariva radicata nella persona. Dei 76 intervistati dello studio di Ravenna e colleghi (1995), il 60% hanno riferito di avere un partner nel momento attuale, il 25% ha risposto di non averlo e il 15% non ha risposto.

Innanzitutto è interessante rilevare che i soggetti descrivono il partner usando aggettivi prevalentemente positivi con una percentuale del 63% sia per le MtF che per gli FtM.

Nel rapporto con la famiglia del partner, nonostante il 52% non risponde, Ravenna e colleghi (1995) rilevano differenze significative nei due sottogruppi. Tra le persone MtF con partner (21), solo una persona definisce i rapporti buoni, mentre le persone FtM con un partner (10), 8 di queste definiscono i rapporti buoni. Elemento a sostegno di questa differenza sembra essere il grado di indipendenza nei confronti della famiglia. Gli autori ipotizzano che le persone FtM abbiano una miglior relazione con la famiglia della compagna, poiché è essa stessa ad avere un rapporto più stretto con la propria famiglia, ed è quindi interessata ad inserirvi il compagno. Il compagno delle MtF solitamente tende a rendersi indipendente e ad avere meno contatti con la propria famiglia, in modo da creare meno occasioni in cui la compagna può entrarvi in contatto.

*Il transessuale nella relazione di coppia*

Dal sito ONIG, per quanto riguarda l'approccio della persona transessuale con il partner e la famiglia che essi hanno creato, emergono due distinte situazioni.

1. Famiglia costruita prima della transizione.

   Pur verificandosi sempre più raramente, capita ancora che la persona transessuale si sposi e abbia figli prima di comprendere la propria situazione.

   La legge 164 prevede che l'intenzione di procedere con l'iter di riassegnazione venga notificata ufficialmente a coniuge e figli, e che il cambio anagrafico comporti lo scioglimento del matrimonio.

   La comunicazione, in famiglia, e il conseguente outing generano spesso conflitti, incomprensione, disagio, sofferenza per tutti i componenti; ovviamente la parte più colpita sono i figli, sia per la difficoltà di elaborare un cambiamento così radicale in uno

dei genitori, sia per ciò che questo comporta nelle relazioni tra pari nei contesti amicali e scolastici.

2. Famiglia costruita dopo la transizione.

   La persona transessuale può avere il desiderio di costruire una famiglia con il proprio partner, ma soprattutto di avere una vita sentimentale che corrisponda ai propri desideri.

   Uno dei problemi principali è la difficoltà ad incontrare un partner che consideri la persona per come si sente, e non per quello che era prima dell'inizio della transizione. Capita, per esempio, che un uomo possa rifiutare una relazione con una MtF perchè non la considera vera donna; oppure che la relazione sia ricercata proprio perchè il passato maschile della MtF è considerato attraente, ed ancora, relazioni pre-esistenti all'intervento di conversione si possono rompere dopo la trasformazione anatomica. In ogni caso ci vuole, da parte del partner, una forte solidità emotiva ed identitaria, anche solo per sostenere il giudizio del mondo esterno alla coppia.

   Una volta ottenuto l'adeguamento anagrafico, la coppia si può sposare e, teoricamente, adottare dei figli, ma purtroppo la pratica di adozione può esser respinta, in base alla presunta inadeguatezza alla genitorialità.

La letteratura che tratta di coppie e dinamiche familiari in queste situazioni è limitata.

Le coppie sposate con un partner transgender che desiderano rimanere insieme hanno poche informazioni disponibili e pochi modelli a cui riferirsi per affrontare al meglio questo scoglio.

Si riporta uno studio qualitativo svolto da Bischof, Warnaar, Barajas, Dhaliwal (2011) che ha analizzato quattordici casi di mogli di transessuali MtF, le loro storie sono tratte dal libro di Virginia Erhardt *"Head over Heels: Wives Who Stay with Cross-Dressers and Transsexuals"* (2007). Gli autori utilizzano un'analisi tematica (Braun, Clarke, 2006) per identificare e organizzare temi chiave di esperienze di mogli che stanno con una partner MTF.

I temi emersi sono stati raggruppati in tre aree principali:

- *intrapersonale*, che include le risposte cognitive ed emotive, le reazioni all'outing del partner, l'impatto sull'autostima delle mogli e la messa in discussione dell'orientamento sessuale;
- *relazione di coppia*, che include il processo di outing, la sensibilità di entrambi i partners, la loro vita sessuale e il processo di transizione e la rinegoziazione della relazione;
- *famiglia e relazioni sociali*, che includono fonti di supporto e coping, relazioni con i familiari prossimi e l'outing con amici e colleghi.

***Area intrapersonale***

*Risposte emotive.* Le mogli hanno presentato una vasta gamma di risposte emotive nelle storie di queste coppie. Nelle prime fasi di outing da parte del partner transgender, molte mogli hanno espresso sentimenti di shock, risentimento e rabbia.

Erhardt (2007) commenta che "coloro cui non viene detto la verità da parte del loro partner, vivono esperienze di incredulità, disgusto, paura, vergogna e un senso di tradimento; una volta che lo shock iniziale svanisce, la rabbia, la paura, l'ansia, la vergogna e un senso di abbandono possono prevalere" (p. 207). Alcune mogli erano preoccupate per l'incolumità della loro famiglia e per come le altre famiglie e gli amici avrebbero reagito alla nuova identità di genere del partner.

Si sono presentati anche diversi episodi di depressione, per un certo periodo di tempo. Altre mogli hanno sperimentato un "*emotional Rollercoaster*", ossia uno stato emotivo in cui sentimenti positivi e negativi si alternano (Erhardt, 2007).

Dopo le reazioni emotive iniziali, le mogli che sono rimaste a fianco alla loro partner, sono state spesso sono in grado di passare da acquiescenza, alla tolleranza, e, infine, alla piena accettazione.

*Risposte cognitive.* Quasi tutte le mogli descritte nel libro di Erhardt (2007), esprimevano un'iniziale confusione e preoccupazione riguardo il cambiamento di genere del partner. In particolare molte di loro erano preoccupate della reazione degli altri e di come la comunità le avrebbero considerate, di come il loro matrimonio avrebbe continuato, di come sarebbe cambiato il loro orientamento sessuale e degli effetti che la nuova situazione familiare avrà sul lavoro. Molte delle mogli intervistate hanno dovuto adattarsi alla "perdita" di un matrimonio tradizionale e, la mancanza di modelli di riferimento, ha contribuito alla confusione. La maggior parte non capì tutte le implicazioni del cambiamento di genere e credevano che il travestirsi da donna fosse solo una fase.

Infine, quasi tutte le donne, hanno svolto un'auto riflessione che le ha portate a diventare più consapevoli di sé. Il cambiamento del loro partner le ha condotte a riflettere sulle loro credenze, sul significato di amore, amicizia e intimità.

*Impatto sull'autostima.* L'impatto della rivelazione ha avuto conseguenze dirette sull'autostima di queste mogli, per alcune in modo temporaneo, per altre più persistente.

Alcune hanno incolpato loro stesse, chiedendosi se avrebbero potuto fare qualcosa, o amare di più il loro partner per evitare il cambiamento di genere. Altre hanno sentito la loro femminilità minacciata, per i complimenti e per gli sguardi che le altre persone dedicavano alla partner. Per alcune, l'impatto sull'autostima, è stato influenzato da storie di abuso

infantile, traumi passati o problemi del ciclo di vita. Ad esempio per una di queste mogli l'outing del partner coincise con l'avvento della menopausa; la cosa comportò un cambio nel sentirsi donna e nell'umore. La morte della madre, per un'altra donna, è avvenuta nello stesso periodo dell'outing del marito "*soffrivo per la perdita di mia madre e di mio marito come l'ho sempre conosciuto, era una lotta sempre più difficile*" (Erhardt, 2007).

Altre donne hanno lavorato sui loro problemi grazie a questa esperienza per ridefinire se stesse: notarono che è stato di aiuto per stabilire i loro obiettivi e l'immagine di se si è fortificata nel tempo.

*La questione dell'orientamento sessuale*. Il cambiamento di genere del partner, inevitabilmente, ha condotto queste donne a mettere in discussione il loro orientamento sessuale. Le donne che si chiedevano se fossero gay o bisesessuali spesso provarono a guardare altre donne in modo sessuale, e nessuna di loro si è mai sentita attratta da altre donne. Una moglie ha dichiarato "*io non ho avuto nessun conflitto personale riguardo il mio orientamento sessuale. A letto l'esperienza è stata positiva*" "(Erhardt, 2007, p. 170).

Diverse donne rifiutarono di etichettare il loro orientamento sessuale e descrissero la loro attrazione verso un partner individuale, suggerendola come un orientamento a persona specifica, piuttosto che ad un intero genere. In un paio di casi, le mogli si identificavano come bisessuali ben prima che il loro compagno iniziasse la transizione; osservarono che vi fu un miglioramento nella relazione sessuale e che erano innamorati indipendentemente dalle apparenze.

Le mogli bisessuali sembravano avere una visione d'insieme più rilassata e di accettare i loro partner in transizione più facilmente.

***Area della relazione di coppia***

Il tema principale riguarda le dinamiche della relazione diadica della coppia, tra cui la sensibilità dei due partner e la relazione sessuale tra i due. La relazione deve gestire la natura graduale della transizione e rinegoziare i legami presenti.

*La scoperta*. I modi in cui la moglie può venire a conoscenza dell'identità di genere del partner, sono sostanzialmente due: scoperta accidentale o auto rivelazione del partner.

Per quanto riguarda l'auto rivelazione da parte del partner, qualcuno degli uomini tenta di spiegarsi il proprio sentire prima di sposarsi mentre altri, rimangono sposati varie volte prima di mettersi in discussione. In metà dei casi trattati, l'auto rivelazione è avvenuta durante la frequentazione tra i partner. Le donne, in questi casi erano di supporto ma confuse in quanto, la maggior parte, non aveva capito la profondità del problema.

Gli uomini che hanno dichiarato la loro identità di genere sono stati sposati per sei e trentuno anni, prima di riflettere sulla loro identità; una moglie ha riportato "*lui mi ha rivelato che è da tutta la vita che si sente una donna…e mi ha supplicato di perdonarlo*" (Erhardt, 2007, p. 161). Comunemente, in tutte le auto rivelazioni, vi è una graduale progressione dall'identificazione come travestito a transessuale. Nell'esame delle scoperte accidentali troviamo varietà. In un caso, la colpa e l'imbarazzo hanno portato il partner MtF a creare una situazione in cui venir scoperto, piuttosto di affrontare l'argomento direttamente; nelle altre coppie vi è stata la scoperta di un trucco o di un indumento femminile da parte delle mogli. Per queste coppie la scoperta è stata ulteriormente inquietante e ha condotto a problemi ancor più grandi di fiducia.

*Sensibilità della donna transessuale per i sentimenti e le esperienze della moglie*. Le mogli hanno spesso la necessità di condividere le decisioni del percorso di transizione e di sentirsi comprese: spesso questi bisogni andavano contro l'entusiasmo del partner transessuale. Le mogli hanno riferito che questa notizia è stata un "cambiamento di regole" e che "non avevano firmato per questo". Alcune donne transessuali erano poco attente ai bisogni delle mogli: i partner in transizione prendevano una posizione centrale nel rapporto come se tutto girasse attorno a loro, lasciando poco spazio all'ampia gamma di emozioni delle mogli. Secondo alcune la partner transessuale era "egocentrica" e "auto indulgente"; in alternativa alcune MtF hanno apprezzato le emozioni e la sensibilità delle loro mogli.

*Relazione sessuale*. Per la maggioranza delle coppie intervistate da Erhardt (2007), ci fu un notevole cambiamento nei rapporti sessuali. Molte delle partner transessuali facevano uso di ormoni femminili e questo impattava notevolmente nella loro libido. Questo impatto si tradusse in una diminuzione dei rapporti sessuali o in una totale mancanza di desiderio. Molte delle coppie ad oggi hanno non hanno rapporti sessuali, questo ha creato frustrazione per alcune e distensione per altre. Alcune coppie hanno visto la rinuncia al sesso come l'unico modo per stare in coppia "*abbiamo deciso di rinunciare alla nostra vita sessuale e di vivere come anime gemelle*" (Erhardt, 2007). Molte delle mogli hanno espresso la preoccupazione che i loro partner cominciassero a desiderare altre persone, in particolare gli uomini; altre hanno dichiarato di essere flessibili sui termini del rapporto "*guardo l'intimità di modo nuovo, l'intimità è ciò che due persone creano*" (Erhardt, 2007) .

*Rinegoziazione e la definizione dei confini*. Un'altra dinamica per diverse coppie coinvolte è l'impostazione di limiti e confini, come le finanze, lo spazio fisico, e ruoli di genere. Per esempio, una moglie ha dichiarato: "*Mentre i bambini erano in casa , Gregg era ancora Gregg . Solo mentre erano a scuola Gregg poteva diventare Linda*" (Erhardt, 2007) . Oltre a

mettere confini sulla condivisione di informazioni con i bambini , altri avevano limiti circa se o come potrebbero presentarsi in pubblico come una coppia con il partner MTF vestita come una donna . Per molti, tali limiti, hanno permesso alle mogli di sentirsi più a loro agio. Sono stati osservati in alcuni casi, cambiamenti nei ruoli di genere e dinamiche di potere, in cui alcune mogli hanno sentito come se dovessero assumere ruoli maschili più stereotipati e assumere compiti più tradizionali in casa. Una moglie ha dichiarato: "*Nel mio matrimonio , io gioco il ruolo del marito tradizionale , e la mia partner MtF interpreta il ruolo della moglie"* (Erhardt, 2007).

***Area delle relazioni familiari e sociali***

L'ultimo tema principale si estende oltre la coppia per includere i rapporti con i figli, gli altri parenti, gli amici e altri.

*Sostegno alla famiglia*. La maggior parte delle coppie ha ricevuto sostegno, almeno parziale, dalle loro famiglie, solo una coppia è stata respinta e due hanno mantenuto la loro identità di genere in segreto. I padri erano generalmente più lenti ad accettare il figlio in transizione, e in alcuni casi questo è stato reso più difficile se era figlio unico . Delle coppie che hanno ricevuto un certo sostegno da parte della famiglia , circa la metà sono stati del tutto accettate. Tutte le coppie che hanno ricevuto il sostegno totale da figli o nipoti, hanno riferito di essere sorprese dalla facilità con cui i giovani si sono adattati al cambiamento del loro padre o del nonno. I figli adolescenti di una coppia "*hanno mostrato una grande compassione per il loro papà ... [e] sapevano che lui sarebbe stato sempre lì per loro, non importa l'aspetto esteriore*" (Erhardt, 2007). La maggior parte di queste coppie sono state sorprese dal sostegno dato ai figli da parte dei compagni di classe e del personale scolastico, che era a conoscenza delle mutevoli dinamiche familiari.

Comune anche alle coppie che ricevono un sostegno parziale è stata l'accettazione che è cresciuta straordinariamente.

Anche se la maggior parte delle coppie avuto qualche sostegno alla famiglia , tre coppie non erano supportate. Una coppia è stata respinta dalla famiglia allargata: la loro reazione ha spinto la coppia a smettere di uscire con parenti e amici. Negli altri due casi, le coppie hanno deciso che la loro famiglia allargata non avrebbe capito e hanno mantenuto i loro problemi privati. Per una di queste coppie, la moglie sa che i suoi due figli adulti sono consapevoli che il padre si traveste, ma si rifiutano di discuterne.

Per tutte le coppie, nascondere la verità era un peso e una fonte aggiuntiva di stress.

*La rivelazione agli altri*. Spesso la rivelazione comprende il posto di lavoro, gli amici e le organizzazioni religiose. Molte mogli temevano che il partenr MtF perdesse il lavoro o che non venisse accettato dai colleghi. Una MtF che svolgeva un lavoro autonomo approfittava per presentarsi come donna. Le reazioni degli amici furono varie, dal supporto alla distanza; alcune amicizie finirono dopo l'outing.

Dato che non tutte le famiglie o gli amici furono di supporto, delle coppie si rivolsero a gruppi di supporto e organizzazioni apposite dove conobbero nuovi amici e altre persone nella loro situazione.

*Supporto / Coping*. Alcune mogli hanno partecipato conferenze sul transgenderismo e hanno ricevuto notevole sostegno dalla comunità transgender . Molti hanno partecipato a gruppi di supporto online e locale, come PFLAG, una coppia ha condiviso che da quando entrata nel gruppo di sostegno, è stata in grado di "*comprendere se stessi, il loro rapporto e le preoccupazioni*".

Molti hanno partecipato a terapie individuali o di coppia mediante cui hanno trovato strategie di coping da utilizzare insieme, come scrivere un diario, comporre poesia, parlare con amici e familiari e mantenere un buon senso dell'umorismo. È interessante notare che, fare shopping insieme è stato menzionato da molti come una nuova attività di coppia.

L'articolo *"Il transessuale nella relazione di coppia prima e dopo l'intervento chirurgico"* di Marten Perolino, Fonzo, Cantafio, Molo, Crovella e Pugno (Consultorio di Sessuologia – Ospedale Mauriziano Umberto I – Torino) è un follow-up di un campione dei transessuali operati dal 1985 ad oggi, presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino. Gli intervistati sono 8 donne transessuali (sottoposte alla procedura andro-ginoide), 2 uomini transessuali (sottoposti alla procedura gino-androide) e 25 in psicoterapia ma non operati.

Agli intervistati è stato somministrato un questionario con 33 domande incentrate sull'attività sessuale e sui rapporti di coppia.

La prima domanda indagava i rapporti sessuali eterosessuali: sia MtF che FtM non operati, nell'8% dei casi non avevano avuto tali rapporti, mentre il 30% delle donne transessuali avevano avuto rapporti e gli uomini transessuali non ne avevano avuti.

Per quanto riguarda l'avere un/una partner duraturo/a, il 60% dei transessuali non operati ha in corso una relazione stabile, ma solo il 25-30% di questi convive. Il 50% delle relazioni in questione non dura più di un anno.

Alla domanda sulla frequenza dei rapporti sessuali si rileva nei non operati una frequenza plurisettimanale intorno al 25%, ma si evidenzia che il 40% delle MtF e il 30% degli FtM non ha rapporti sessuali. Questo dato ha fatto indagare l'importanza attribuita alla sessualità nel

rapporto di coppia nei non operati: per le MtF è di nessuna importanza nel 40% dei casi, ha molta importanza nel 33%, moltissima nel 8% dei casi; negli FtM ha nessuna importanza nel 15% dei casi, molta nel 38%, moltissima nel 23%.

Il 20% delle MtF e il 30% delle FtM giudica la relazione con il partner da buona a ottima, il 35% delle MtF e il 60% degli FtM lo sposerebbe, adottando un figlio nel 16% dei casi per le MtF e nel 46% negli FtM.

Nel gruppo dei non operati il 50% delle MtF ritiene che l'intervento migliorerà la sua sessualità contro un solo 15% degli FtM.

Un dato da segnalare è la stimolazione dei genitali da parte dei partner che è rifiutata dal 50% e gradita dal 50% di entrambi i gruppi, però si osserva che nel 60% dei casi il partner non insiste per praticare tale stimolazione.

Il 33% MtF non operate raggiunge l'erezione, ma non l'eiaculazione, il 41% entrambe, il 50% pratica ancora il coito anale pensando che poi praticherà il coito vaginale.

Un dato interessante riguarda l'orgasmo degli FtM non operati, raggiunto nel 60% contro un 23% totalmente assente, praticando sia il petting che i rapporti orali. Il 70% degli appartenenti a questo gruppo ritiene che migliorerà le proprie prestazioni dopo l'intervento.

Il 50% delle MtF e il 100% degli FtM sono operati da più di sei mesi. Sono soddisfatti degli esiti dell'operazione l'83% delle MtF e il 98% degli FtM, con un miglioramento della vita sessuale nel 65% per entrambi; gli operati continuano la relazione precedente all'intervento nel 66% delle MtF e 50 % degli FtM, con una frequenza dei rapporti 3-4 volte la settimana nel 75% delle MtF e 16% degli FtM.

L'importanza della sessualità va da "molta" a "moltissima" nel 70% circa delle MtF che scende a "poca" nel 75% degli FtM. Entrambi i gruppi continuano ad avere una buona relazione sentimentale in oltre il 50% dei casi.

Per quanto riguarda la sensazione soggettiva di piacere solo il 16% delle MtF dichiara di non averne mai avuto mentre questa è comunque molto più intensa negli FtM.

Le MtF praticano rapporti neo-vaginali e anali al 50%, previa lubrificazione artificiale. È interessante il dato che nessuno degli FtM ritiene il neo-pene utilizzabile per il rapporto sessuale.

L'11,6% delle MtF si è sposato, il 50% ha in programma di sposarsi e oltre il 70% di loro vorrebbe adottare un bambino. Nessun paziente dei due gruppi si è pentito di aver effettuato la conversione chirurgica.

## 1.10 Progetti futuri

Una parte della ricerca ISELT (2004) citata in precedenza, esplora le intenzioni riguardanti il futuro. Tutte le intervistate MtF fanno emergere una forte volontà di cambiamento, in due direzioni: *dedicare più tempo alla loro persona e al benessere psico-fisico* e *curare i rapporti e le relazioni personali*. Queste intenzioni si traducono in un forte investimento sul tema del lavoro (cercarlo o cambiarlo) e sulla formazione. In misura minore si vede la volontà significativa di *"partecipare ad attività culturali, artistiche dove esercitare la mia fantasia e la mia creatività"*.

In conclusione, il profilo collettivo emergente dalla ricerca è contrassegnato da una forte volontà di cambiamento, dove il lavoro e la formazione sono importanti ma non preminenti; il centro rimane l'universo affettivo e la cura di sé.

Il lavoro svolto da Ravenna e colleghi (1995) va a verificare se esistono progetti di vita portati a termine e non, ed il grado di soddisfazione/insoddisfazione provato in relazione a tali progetti. Gli autori riportano che il 66% degli intervistati hanno portato a termine progetti in vari campi, contro il 34% che non ne riferisce. In 26 casi i progetti riguardavano studio e lavoro (10 FtM e 16 MtF), in 15 casi l'organizzazione della vita in senso generale, in 12 casi il tempo libero, in 11 casi il campo delle relazioni affettive e in 11 casi l'iter di adeguamento.

Dai dati emerge che, oltre ad aver raggiunto un numero maggiore di obiettivi nel lavoro e nello studio, le MtF li riportano con senso di soddisfazione personale. Negli FtM le risposte si distribuiscono in modo più omogeneo nei vari campi.

Per quanto riguarda i progetti non portati a termine, gli autori riportano che il 73% degli intervistati ne riferisce l'esistenza, mentre il 27% non ne menziona. Tali progetti riguardano lo studio e il lavoro in 25 casi, l'organizzazione della vita in 6, il tempo libero in 5, le relazioni affettive in 14 e aspetti relativi all'iter in 28.

Gli autori sottolineano che numerose persone fanno riferimento all'iter sia come progetto realizzato che non, e che le persone dichiarano di non poter provare una piena soddisfazione se non portando a termine il percorso di riattribuzione, facendo esplicito riferimento alla chirurgia, considerata da alcuni il "vero obiettivo" del percorso.

## 1.11 I transessuali nel discorso comune- Uno studio sulle rappresentazioni sociali delle persone transessuali in un campione italiano

Per arricchire il lavoro, si ritiene utile citare i risultati della ricerca del progetto "*Transiti*": "*I transessuali nel discorso comune - Uno studio sulle rappresentazioni sociali delle persone*

*transessuali in un campione italiano*" svolta dal Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma (Fuggeri e colleghi, 2005).

L'obiettivo del progetto di ricerca è quello di esplorare il modo in cui le persone elaborano una "conoscenza popolare" sul transessualismo: a partire da tale concezione si può capire come, queste rappresentazioni, giungano a strutturare gli stereotipi o pregiudizi riguardo al fenomeno in questione. I soggetti della ricerca sono 300 persone non transessuali, di cui 161 hanno compilato la parte relativa ai transessuali.

Il progetto di ricerca è organizzato in tre parti distinte, qui si andrà a trattare solo l'ultima, che aveva lo scopo di indagare la natura delle rappresentazioni sociali legate al transessualismo (e omosessualità, la cui parte non verrà citata) e il grado di pregiudizio ad esse associato.

La prima, delle sei aree diverse, è quella cui si vuole dare più rilevanza, è costruita da una storia riguardante una persona transessuale/omosessuale coinvolta in relazioni in tre diversi contesti: lavorativo, familiare ed amicale. Lo scopo di questa narrazione era di far immaginare scenari possibili in cui possono essere coinvolte persone transessuali/omosessuali, e chiedere ai soggetti di rispondere ad alcune domande circa le reazioni delle persone coinvolte o le reazioni personali se si fossero trovati nella stessa situazione.

La storia proposta per l'ambito lavorativo riguarda Alessia, ragazza MtF che si presenta ad un colloquio di lavoro, è qualificata, con un ottimo curriculum e impressiona positivamente il datore di lavoro. Ma quest'ultimo si rende conto che la persona che c'è nei documenti d'identità non corrisponde a quella che ha davanti. Ai soggetti vengono poste le seguenti domande: "*Come pensa che reagirà il datore di lavoro e perché?*", "*E se lei fosse il datore di lavoro di Alessia, come si comporterebbe al suo posto?*" e "*Come pensa che si comporteranno i colleghi di lavoro di Alessia nel caso che venisse assunta?*"

Alla prima domanda, su come reagirebbe il datore di lavoro, le risposte sottolineano innanzi tutto l'impatto emotivo della scoperta di avere di fronte una persona transessuale: egli pertanto reagirà con *stupore, interdizione e imbarazzo*. A questa fase seguono due alternative: è più rilevante un ottimo curriculum o il pregiudizio di fronte alla persona transessuale? Nelle risposte c'è chi evidenzia la scarsa probabilità di che la professionalità sia più rilevante dei pregiudizi e la chiusura mentale quindi, di fronte a questo contesto non facilitante, la decisione dell'assunzione dipende dalla persona che è il datore di lavoro. Se interessato alle competenze e di mentalità aperta, assumerà la candidata poiché è un valido elemento.

Per altri invece il "*curriculum non vale*", proprio per il fatto che la candidata è una persona transessuale, in quanto "*nell'immaginario collettivo la persona transessuale è sinonimo di prostituzione, perversione e/o malattia mentale*". Inoltre emerge che "*non c'è giusta*

*conoscenza e considerazione delle persone transessua*li" e, nel lavoro "*è discriminante età, residenza e altro…figuriamoci una cosa cosi!*".

Ma cosa scatena il rifiuto? I pregiudizi e l'imbarazzo di fronte al tema sono ritenuti la motivazione principale: "*le diversità mettono a disagio e all'inizio si tende ad evitarle*" e " *la società piena di tabù*". Se i pregiudizi sono più forti, il datore di lavoro reagirà temporeggiando, riservandosi il tempo per riflettere; tale riflessione comporterebbe il *rifiuto* della candidata.

Qualcuno risponde che il rifiuto "*è comprensibile considerando la società in cui viviamo*", per altri invece il datore avrebbe dovuto andare oltre poiché "*non è colpa di nessuno se uno nasce con una sessualità scombussolata*". Il rifiuto, in misura minore, è legato, invece, a *problemi relazionali* che la persona transessuale incontrerebbe con i colleghi, quindi il rifiuto è per tutelare gli altri dipendenti. *L'immagine dell'azienda potrebbe essere a rischio* e il rifiuto è, appunto, messo in relazione al voler *evitare un turbamento* che creerebbe l'assunzione della persona transessuale dell'azienda. Inoltre per alcuni il rifiuto è giustificato da fatto che la candidata avrebbe dovuto informare prima il datore di lavoro.

Alla seconda domanda "*E se lei fosse il datore di lavoro di Alessia, come si comporterebbe al suo posto?*", gli intervistati assumerebbero la candidata, in misura molto più frequente di quanto non farebbe il datore di lavoro.

Rimane anche in questo caso l'aspetto dello stupore iniziale "*sarei un po' spiazzata*" ma solo in prima battuta; poi "farei il possibile per mostrarmi staccata e professionale", "*mi sforzerei di non essere imbarazzato*". Superato questo momento iniziale, l'assunzione viene nella maggior parte dei casi prospettata; si rileva l'importanza delle "*qualità lavorative eccellenti*" o delle "*reali capacità del candidato*", "*perché in fin dei conti quello che conta è la conoscenza e l'esperienza*".

Qualcuno riferisce, invece, qualche esitazione nell'assunzione, dovuta alla scarsa conoscenza del fenomeno "*credo che avrei anche io qualche perplessità, o non farei una scelta in serenità, anche perché è un mondo a me sconosciuto*" "*in qualità di datore di lavoro, non mi sono mai trovato ad affrontare un caso simile*". Qualcuno è preoccupato dell'aspetto della candidata: "*se sembra in tutto e per tutto una donna la assumerei forse, ma se avesse voce o altri tratti maschili, non penso*", "*se esteriormente non vi fossero ambiguità, l'unica preoccupazione sarebbe con i colleghi*".

La perplessità sembra quindi dovuta alla situazione relazionale che si instaurerebbe nel gruppo di colleghi, pensando "*alle difficoltà che la persona potrebbe avere nel contesto lavorativo*".

Alla domanda "*Come pensa che si comporteranno i colleghi di lavoro di Alessia nel caso lei venisse assunta?*", una buona parte di risposte evidenziano: la *diffidenza*, il *distacco*, la *critica dei colleghi*, la *curiosità morbosa*, gli *atteggiamenti scandalizzati* e *l'esclusione sociale* ("*potrebbe essere sempre al centro di criticità e discussioni, potrebbe ricevere discriminazioni*"). Qualcuno afferma che anche se i colleghi si mostrano accettanti "*non mancherebbero le battute scherzose alle sue spalle*"; tuttavia nella maggior parte delle risposte, dopo il disorientamento iniziale, i colleghi la accetterebbero "*ci proverebbero*", anche se "*dovrà dimostrare di avere competenze maggiori rispetto ai colleghi, dovrà avere delle capacità in più*".

Molte risposte riconoscono, al loro interno, due opposte tendenze: "*c'è chi l'accetterebbe e chi no*" ; questa accettazione dipenderebbe dai colleghi di lavoro che, se hanno un *elevato grado di sensibilità*, potrebbero "*cercare di conoscerla".*

Qualcuno, più raramente, attribuisce la possibilità di accettazione o di rifiuto alla composizione di genere dell'ambiente lavorativo: "*qualcuno potrebbe comportarsi normalmente, forse le donne, gli uomini sono omofobi e pieni di pregiudizi verso queste persone*".

Alla domanda *"E se lei fosse un collega di lavoro di Alessia, come si comporterebbe?"* persiste l'immedesimazione diretta nella vicenda che sembra facilitare sentimenti di accettazione: la maggior parte dei colleghi si comporterebbe "*normalmente, senza pregiudizi*", polarizzando le risposte sul versante dell'accettazione, che diventa raramente amicizia.

Qualcuno ammette un certo *iniziale turbamento*, che però si risolve nel tempo, altri lasciano in sospeso la risoluzione del turbamento.

Un altro ambito indagato dal progetto *Transiti* (2005) è quello delle relazioni familiari.

La storia riportata è quella di una ragazza MtF che vuole rivelare ai genitori la volontà di transitare.

La prima domanda chiede "*Come pensa che reagiranno i genitori e perche*?" e le tematiche di incredulità, stupore e sconvolgimento dominano le risposte: "*sono sconvolti, preoccupati*", "*rimarranno attoniti, di stucco*". La maggior parte delle risposte denotano disagio, insofferenza e il rifiuto che segue tale incredulità. Qualcuno afferma che a tale incredulità non possa seguire comprensione, bensì conflittualità e diniego: vivranno quindi un momento di sconforto e sembra quasi che i genitori non possano prevedere o solo pensare a questo avvenimento "cosi lontano al loro modo di pensare". Molto più raramente si prospetta l'idea che la "notizia del figlio non dovrebbe essere un fulmine a ciel sereno, per cui la reazione non

dovrebbe essere traumatica per loro"; qualcun altro riesce a prospettarsi varie possibilità "*dipende da diversi fattori: se hanno già intuito qualcosa, cosa pensano le persone transessuali, a quale cultura politica e religiosa appartengono…*".

Il tema dei sensi di *colpa* è molto ricorrente: "*Dove avremo sbagliato?*"; si polarizzano due reazioni diverse per i genitori: "pianti per la madre e grida per il padre". Sembrerebbe che i genitori "non approvino e non capiscano il cambiamento" di cui però "si sentono responsabili". Le motivazioni addotte per giustificare tali reazioni sono ben sintetizzate in questa risposta: "*1) i pregiudizi sono difficili da superare; 2) penseranno che forse hanno colpa anche loro; 3) si preoccupano del futuro del figlio; 4) si vergognano; 5) devono abbandonare il concetto di famiglia normale*".

In genere ritroviamo tutte queste motivazioni, con diversa frequenza: pochi sono preoccupati per il futuro, invece, molto frequente è la tematica della colpa. A giustificare lo stupore rimane predominante l'affermazione "non se lo aspettavano, non avevano capito il problema"; sembra quindi scarso lo spazio per il *dialogo* e la *comprensione*, mentre è più ampio quello per la *riflessione* di imparare nuovamente a rapportarsi con il figlio-a. questi genitori sembrerebbero "*lacerati dai sensi di colpa, indaffarati a metabolizzare la notizia ma senza punti di riferimento*".

Alla domanda "*A distanza di un anno, come pensa che sarà il rapporto tra Francesca e i suoi genitori?*" permangono le risposte che riportano la difficoltà e l'imbarazzo genitoriale, anche a distanza di un anno. Per alcuni potrà permanere la conflittualità e il rifiuto, "crearsi una profonda incomunicabilità"; ci sono molte risposte che, invece, affermano una normalizzazione, un aggiustamento o addirittura un'intensificazione. Il miglioramento è soprattutto vissuto tra Francesca e la madre, piuttosto che con il padre.

Infine, alla richiesta "*Come si comporterebbe lei al loro posto?*" molti hanno risposto "avrei fatto e pensato le stesse cose" dei genitori della domanda precedente.

Quindi all'inizio si rileva il medesimo stupore e sbigottimento, successivamente molte risposte accettanti e l'importanza di vedere la figlia felice: "*dopo un primo panico per amore di mio figlio accetterei la situazione*". Molti genitori si aspettano informazioni e rassicurazioni dai figli, qualcun altro invece è preoccupato per il futuro della figlia e per le difficoltà che potrà incontrare e vivere, altri denotano un'impossibilità di pensare alla situazione,e non sanno fornire risposta "non so, è difficile da dire", infine raramente si trova un assoluto rifiuto.

La storia riguardante l'ambito amicale parla di Gianni e Federico, due amici che non si vedono da dieci anni; amici per la pelle alle scuole superiori si sono persi di vista perché

Gianni si è trasferito all'estero per lavoro, ma i due amici stanno per rivedersi. Mentre Gianni aspetta Federico nel luogo del loro incontro, arriva una bella donna che si rivela essere l'amico Federico.

La domanda "*Come pensa che reagirà in quel momento Gianni e perché?*" mostra una quasi unanimità di risposte che riportano l'aspetto dello *stupore* e della *sorpresa*; si ritrovano spesso termini come *disorientamento* e *senza parole*. Lo sconcerto e la confusione sono a volte associati al *restarci male* e al *turbamento*. Come azione conseguente si prevedono due ordini di soluzioni: quello della fuga "*alzarsi e andare via*" o quello della curiosità di conoscere "*chiedere spiegazioni all'amico*", qualcun altro, più raramente scoppia a ridere. I tipi di reazioni possono dipendere dalla forza del *legame di amicizia* che legava i due protagonisti, infatti si ritrova la polarizzazione che si era già riscontrata nell'ambito lavorativo: *è più forte l'amicizia o il cambiamento*? Il *cambiamento radicale* è il tema più presente nelle risposte, infatti per giustificare certe reazioni si dice che "*Gianni non riesce a tollerare la realtà di questo cambiamento*" ritenuto cosi difficile perché imprevisto e sconosciuto. La paura e l'imbarazzo potrebbero essere dovute a *convenzioni sociali*, tuttavia una buona parte dei soggetti riferisce la maggior rilevanza del legame di *profonda amicizia* "*che lega i due amici e che supera lo stupore: l'affetto e il bene che li lega sono più forti*".

Alla domanda "*A distanza di un anno, come pensa che sarà il rapporto tra Gianni e Federica?*" l'importanza della *qualità del legame* d'amicizia diviene più rilevante con lo scorrere del tempo. Per alcuni il legame non cambierebbe per nulla, il rapporto sarà *intatto* e *normale* come due amici. Se le cose dovessero cambiare dipenderebbero *dall'apertura e disponibilità* di Gianni; altre risposte evidenziano una trasformazione del legame in un senso non preciso: il rapporto sarà "*difficile da dire*", "*potrebbe essere di amicizia o di forte distanza*". Per una buona parte delle risposte vi è ancora l'aspetto polarizzante del *deterioramento*, connotato da distacco, al contrario per un'altra parte di risposte vi sarebbe un *miglioramento* e un'intensificazione del legame.

Quando si chiede ai soggetti "*Lei come si comporterebbe al posto di Gianni in una situazione simile?*" molti rispondono "come Gianni", mentre altri specificano il loro punto di vista. Rimane lo stupore iniziale a cui seguirà un tentativo di conoscere e comprendere la situazione. Dei soggetti valutano se riuscirebbero "*a reggere quest'amicizia e ad accettare il cambiamento*", altri dichiarano la propria *chiusura* e impossibilità di vedere l'amico come prima, c'è chi saluta e se ne andrebbe giustificando l'impossibilità di sostenere la pressione sociale "*dipende…nella mia situazione…sono mamma con figli piccoli*". Più raramente si

trova intatto il legame di amicizia precedente: "*resterebbe tutto uguale, voglio esserci per lei in questo momento delicato*".

I dati di questo studio sembrano suggerire tre tendenze principali:

- una conoscenza superficiale e confusa del fenomeno in questione;
- una polarizzazione rispetto alle posizioni dei soggetti, ovvero atteggiamenti totalmente accettanti o rifiutanti;
- una differenzazione tra la conoscenza e le credenze rispetto la transessualità (e omosessualità).

In particolare dai dati, i soggetti si posizionano con atteggiamenti assolutamente positivi o assolutamente negativi o hanno difficoltà a prendere posizione. I soggetti del campione sembrano essere orientati, nel rispondere alle domande, da un certo grado di desiderabilità sociale, che si manifesta soprattutto quando sono chiamati a passare dal ruolo di osservatore a quello di attore. È utile ricordare che i diversi contesti rispecchiano un grado di coinvolgimento emotivo e distacco differente: quello lavorativo è percepito come distante, quello familiare come più prossimo e quello amicale con una vicinanza relativa. Se quindi, in ambito lavorativo è più accettabile e comprensibile una non accettazione del dipendente transessuale da parte del selezionatore, nell'ambito familiare, invece, i soggetti faticano nell'immaginarsi uno scenario che vede i genitori rifiutare la figlia. Questi dati portano a pensare che i soggetti facciano fatica a prefigurarsi uno scenario realistico quando si tratta della condizione transessuale.

## CAPITOLO SECONDO - METODOLOGIA DI RICERCA

### 2.1 Gli obiettivi

Le persone transessuali desiderano poter vivere la loro vita nella dimensione sociale e affettiva a cui sentono di appartenere, desiderano poter avere un corpo che corrisponda il più possibile al proprio vissuto psicologico e dei documenti anagrafici che si accordino con l'identità di genere a cui sentono di appartenere; per questo decidono di intraprende un percorso di transizione verso il genere desiderato, che in alcuni casi puo' giungere alla trasformazione chirurgica delle caratteristiche anatomiche sessuali.

La maggior parte degli studi clinici in questo campo concordano sul fatto che il transessualismo sia il risultato di una combinazione complessa di fattori psico-socio-biologici.

E' importante ricordare, che il processo di acquisizione dell'identità di genere di ogni individuo, transessuale o meno, si sviluppa nel contesto dei rapporti affettivamente significativi e dell'ambiente socio-educativo, in base a caratteristiche biologiche predisponenti.

La condizione transessuale comporta, per sua natura, problematiche relazionali e sociali che hanno il loro culmine durante il periodo di transizione.

Gli obiettivi del presente lavoro sono:

- esplorare i rapporti interpersonali di persone transessuali Female to Male (FtM) e Male to Female (MtF) con colleghi di lavoro, amici, partner, genitori e famiglia d'origine, l'appartenenza ad associazioni o gruppi di supporto, il rapporto con modelli e figure significative, l'adattamento e supporto sociale;
- confrontare le relazioni interpersonali del campione transessuale con quelle di un campione di controllo per individuare eventuali differenze;
- dalle informazioni che si ricavano, permettere un'ulteriore comprensione del modo di relazionarsi delle persone transessuali.

Investigando la rete sociale delle persone transessuali si ipotizzano delle differenze sostanziali tra il campione e il gruppo di controllo: in particolare ci si aspetta rapporti interpersonali più positivi per il campione di controllo e che quest'ultimo abbia più alti livelli di adattamento e supporto sociale.

## 2.2 Metodo

### 2.2.1 Il campione

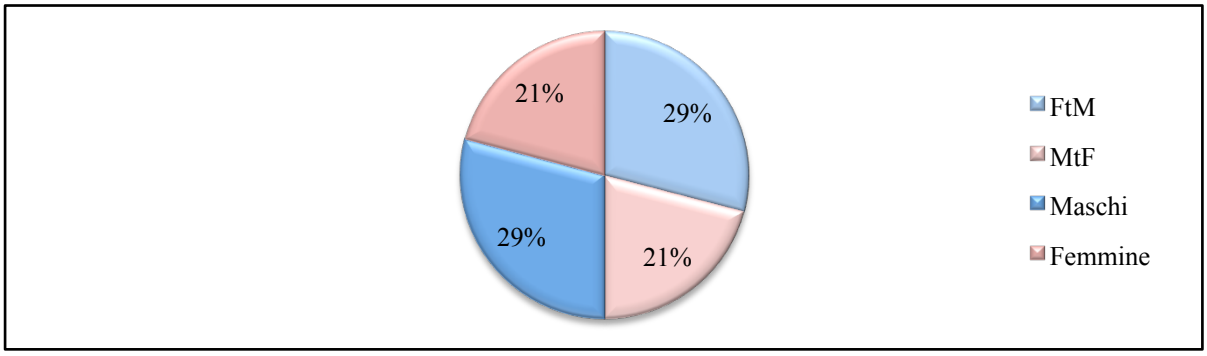



*Grafico 1: Il campione di ricerca*

Il campione della ricerca è composto da un gruppo sperimentale di 43 persone transessuali italiani: 25 transessuali FtM e 18 transessuali MtF (Grafico 2.1). Si è scelto di confrontare il gruppo sperimentale con un gruppo di controllo composto da 25 maschi e 18 femmine italiani, di età analoga a quelli del gruppo sperimentale.

| | FtM | | MtF | | Maschi | | Femmine | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N. | % | N. | % | N. | % | N. | % |
| 18-24 anni | 6 | 24% | 1 | 6% | 6 | 24% | 1 | 6% |
| 25-34 anni | 16 | 64% | 5 | 28% | 16 | 64% | 6 | 33% |
| 35-45 anni | 2 | 8% | 6 | 33% | 2 | 8% | 6 | 33% |
| più di 45 anni | 1 | 4% | 6 | 33% | 1 | 4% | 5 | 28% |
| Totale | 25 | 100% | 18 | 100% | 25 | 100% | 18 | 100% |

*Tabella 2.1: Età dei campioni intervistati*

L'età media del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo (tabella 2.1) è di 33 anni (età minima 19 anni, età massima 53 anni per entrambi i campioni) e tutti gli intervistati sono maggiorenni.

### 2.2.2 Caratteristiche socio-demografiche degli intervistati

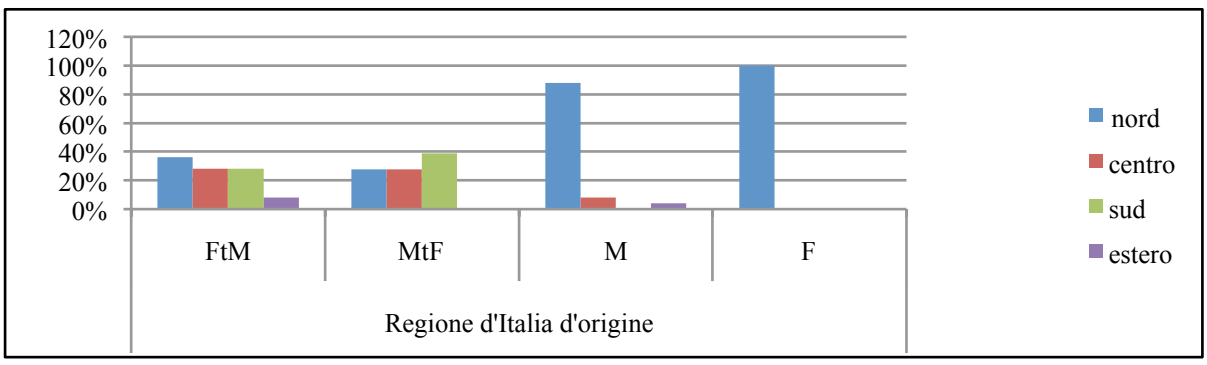



*Grafico 2: Luogo di nascita*

Nel grafico 2 si può notare come, la maggioranza del campione FtM è originario del nord Italia (36%), il 39% delle MtF è originario del sud Italia, mentre sia i maschi che le femmine sono quasi tutti originari del nord Italia (precisamente Veneto).

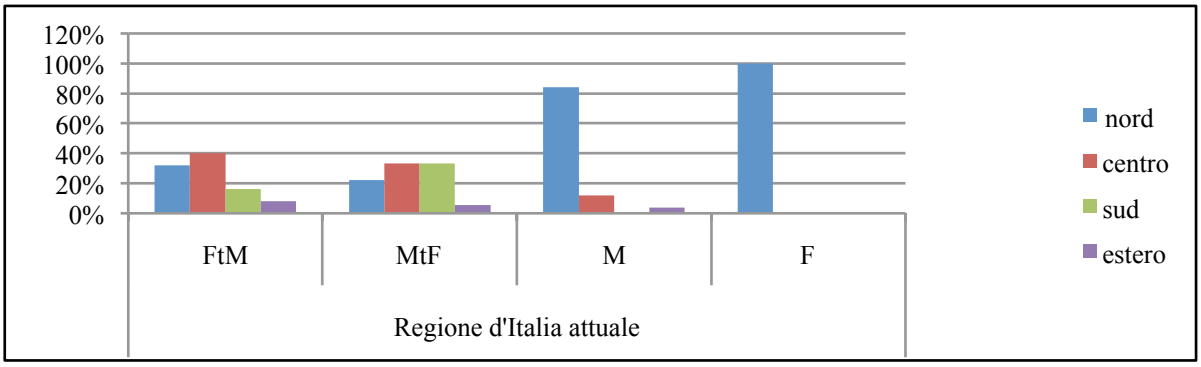



*Grafico 3: Luogo dove vive attualmente*

Nel grafico 3 si può notare come attualmente il 40% degli FtM vivono in centro Italia, il 33% delle MtF vive al centro e sud Italia e, sia i maschi che le femmine, vivono nel nord Italia (principalmente Veneto).

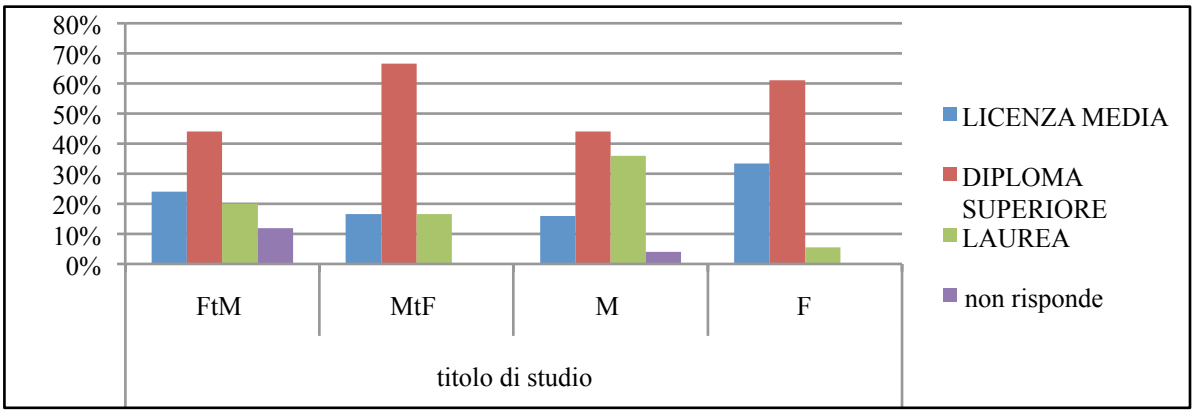



*Grafico 4: Livello di istruzione*

Il livello d'istruzione è complessivamente alto (Grafico 4): la maggior parte delle persone del gruppo sperimentale e di controllo ha acquisito il diploma di scuola superiore. Nel dettaglio si può notare come più del 60% delle Femmine e delle MtF abbia ottenuto il diploma superiore, a differenza del 44% dei maschi e degli FtM. Per quanto riguarda gli studi universitari, emerge che il gruppo con il più alto grado di istruzione è quello dei maschi con un 36%, seguito da FtM (20%) e MtF (17%) e un 6% per le femmine.

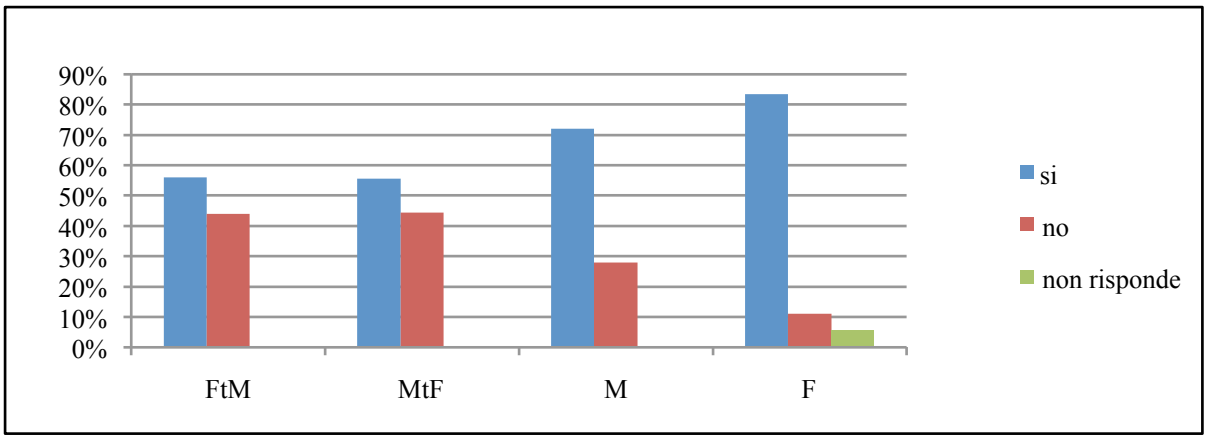



*Grafico 5: Occupazione*

L'inserimento nel mondo del lavoro (Grafico 5) vede il gruppo sperimentale dei transessuali occupato per il 56%, il 72% dei maschi e l'83% delle femmine.

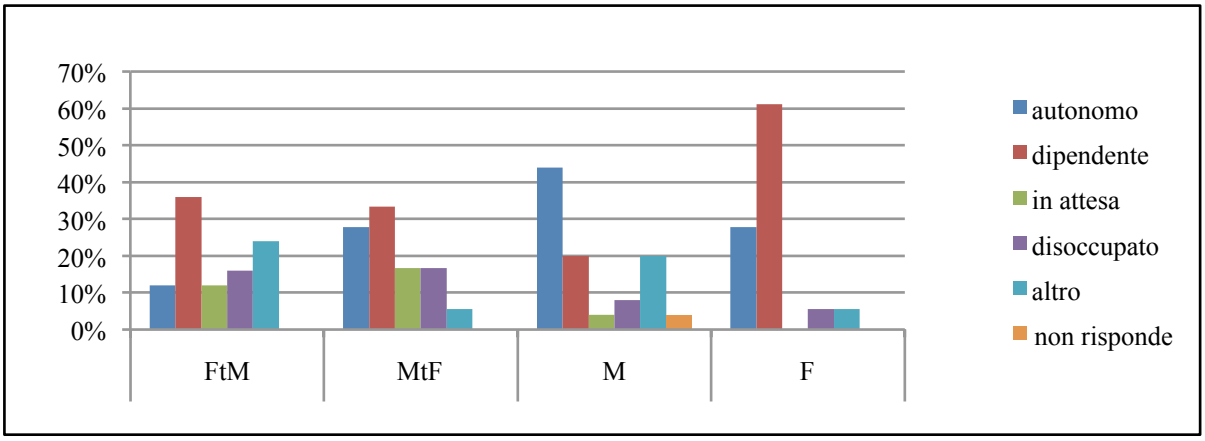



*Grafico 6 : Tipo di occupazione*

Alla domanda che chiedeva informazioni circa il lavoro attuale (Grafico 6), si dicono occupati con un "lavoro autonomo" il 12% degli FtM contro un 44% dei maschi, il 28 % delle MtF alla pari con le femmine.

Per quanto riguarda il "lavoro dipendente" si nota il 61 % delle femmine contro un 33% delle MtF e un 20% dei maschi contro un 36% degli FtM. Il gruppo dei transessuali è maggiormente "in attesa" di lavoro e "disoccupato" del gruppo di controllo; il 24% degli FtM e il 20% dei maschi riferisce come attività lavorativa "altro".

Dal Test Chi Quadrato emerge una differenza statisticamente significativa tra il luogo di origine e i quattro gruppi $\chi^2_{(9;N=85)}=38{,}089$ $p= 0001$; per i luoghi in cui i quattro gruppi vivono attualmente ci sono delle differenze statisticamente significative: $\chi^2_{(9;N=84)}=38{,}982$ $p= 0001$.

Applicando il suddetto test, si è visto che non c'è differenza statisticamente significativa tra tra il tipo di titolo di studio, il fatto di avere un lavoro o meno, il tipo di lavoro svolto.

### 2.2.3 Gli strumenti di ricerca

Il materiale, totalmente in forma anonima, è composto da quattro test.
Il materiale per il gruppo sperimentale è strutturato nel modo seguente:

***Indagine esplorativa anamnestica*** utilizzata dal Reparto di Urologia dell'Ospedale Cattinara di Trieste; lo strumento indaga la composizione familiare e il conseguente rapporto con i genitori della persona transessuale "al momento dell'insorgenza del disagio" e nel "momento attuale", il grado di istruzione, il lavoro attuale e la provenienza. L'intervista è composta da domande aperte e domande a scelta multipla.
Con la domanda "Rapporto con il padre-madre prima dell'insorgenza del disagio" e "Rapporto con il padre-madre nel momento attuale" si va ad analizzare il rapporto con le figure genitoriali (e altri familiari), chiedendo di definirlo con uno di questi aggettivi: *inesistente, scarso, sufficiente,discreto, buono e ottimo*.

***Social Adaptation Self-evaluation Scale-SASS*** (Bosc, Dubini, Polin, 1997).
Lo strumento è stato utilizzato in studi volti alla valutazione della motivazione e del comportamento sociale del paziente depresso.
La SASS comprende 20 domande con risposta multipla, che approfondiscono i seguenti aspetti:

- lavoro e tempo libero;
- relazioni familiari ed extrafamiliari;
- interessi intellettuali;
- soddisfazione dei ruoli;
- percezione del paziente della sua capacità di gestire e controllare le condizioni dell'ambiente circostante.

Alle risposte è associato un punteggio che, sommato, dà un indice dell'adattamento sociale: maggiore è il punteggio migliore è l'adattamento. Il cut-off è 42 su un totale di 60.

***Scala di Sostegno Sociale di Surtees*** (Surtees, 1980).
Questo test definisce il rapporto che c'è tra la persona e l'ambiente sociale in cui vive, cioè che tipo di relazioni ha con amici, parenti, colleghi di lavoro, vicini di casa o se partecipa a club, organizzazioni ecc.
Il test è composto da sei domande con risposta a scelta multipla ed è diviso in due parti, la prima che indica il "sostegno sociale di tipo intimo", dove si esplorano relazioni tra la persona

e amici o parenti. La seconda parte indica il "sostegno sociale di tipo allargato", ossia le relazioni con colleghi di lavoro e vicini di casa e la partecipazione ad associazioni o club. Alle risposte è associato un punteggio che, sommato, dà un indice di "sostegno sociale intimo e allargato": più il punteggio è basso, migliore è il sostegno sociale. Il cut-off del test è 8 su un totale di 14.
È possibile così capire in quale ambiente la persona vive e il tipo di relazioni che egli intrattiene con chi gli sta vicino.

***L'indagine sulle Motivazioni e sulle Aspettative nell'iter di adeguamento tra identità fisica e psichica***.
L'intervista è stata elaborata da Ravenna, Stranieri e Iaconcella (1995) per valutare globalmente il pensiero della persona transessuale durante il percorso evolutivo, i rapporti sociali, le relazioni sessuali, i criteri di scelta, i vari stadi dell'iter, gli aspetti relazionali con familiari, colleghi di lavoro e partner, gli aspetti sessuali, aspettative e progetti e infine il livello di consapevolezza acquisita.

Il materiale per il gruppo di controllo è composto da:
- ***SASS****;*
- ***Scala di Sostegno Sociale di Surtees***;
- ***L'intervista esplorativa anamnestica*** utilizzata dal Reparto di Urologia dell'Ospedale Cattinara di Trieste. Nell'intervista è stata modificata la domanda inerente la "Composizione Familiare al momento dell'insorgenza del disagio": essendo stata strutturata e creata per pazienti transessuali si è optato di chiedere al gruppo di controllo la "Composizione Familiare nel passato". Questa domanda è da considerare contenente un *bias* (distorsione o scostamento) in quanto per il gruppo di controllo non è rilevabile, nella domanda, un evento significativo come per il gruppo sperimentale.
  Il campione di controllo doveva, nel medesimo modo, valutare il rapporto con i genitori (e altri familiari) e definirlo con uno di questi aggettivi: *inesistente, scarso, sufficiente, discreto, buono e ottimo*.
- ***L'indagine sulle Motivazioni e sulle Aspettative nell'iter di adeguamento tra identità fisica e psichica***: invece di utilizzare interamente strumento creato per pazienti transessuali, si è deciso di utilizzare delle domande per esplorare i seguenti ambiti:

l'evoluzione dell'identità, rapporti sociali, relazioni sentimentali e sessuali, aspetti relazionali e aspettative e progetti.

### 2.2.4 La procedura

Ai due gruppi è stato somministrato in forma anonima il questionario composto dai test di cui sopra.

Per la compilazione i partecipanti hanno utilizzato *Google Documents*: la compilazione telematica è risultata, così, più agevole e veloce. I partecipanti accedevano tramite un link, che generava automaticamente il questionario.

Tutti i dati sono stati raccolti in un apposito account privato in una tabella Excel ed elaborati con il medesimo programma.

Dopo aver visionato il materiale si è scelto quali domande prendere in esame per ciascuno dei test presentati.

### 2.2.5 Analisi statistiche

Le analisi statistiche dei dati raccolti sono state eseguite tramite il pacchetto statistico SPSS (Statistical Package for Social Science) per Windows, versione 22.0.

Per rilevare eventuali differenze e/o interazioni significative tra il gruppo di controllo e quello sperimentale sono stati effettuati il *test t di Student* per campioni appaiati, *l'Analisi della Varianza* (ANOVA) e il *test Chi Quadrato.* In particolare *t di student* è servito per vedere se vi sono differenze statisticamente significative, per ogni gruppo, nel rapporto con il padre prima - ora e il rapporto con la madre prima - ora.

L'ANOVA è stata usata per notare se esistono differenze significative fra i quattro gruppi in base alle medie.

Infine, il *Chi Quadrato* ha come scopo dimostrare se, nelle risposte alle domande, le frequenze osservate sono dovute al caso oppure no.

## CAPITOLO TERZO - I RISULTATI DELLA RICERCA

### 3.1 Analisi dell'intervista anamnestica

***Rapporto con i genitori***

| | Rapporto con il PADRE PRIMA | | Rapporto con il PADRE ORA | | Rapporto con la MADRE PRIMA | | Rapporto la MADRE ORA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Media | Deviazione std. | Media | Deviazione std. | Media | Deviazione std. | Media | Deviazione std. |
| FtM | 3,20 | 1,472 | 2,96 | 1,574 | 4,04 | 1,594 | 4,09 | 1,621 |
| MtF | 2,94 | 1,697 | 2,38 | 1,850 | 3,88 | 1,616 | 3,93 | 1,685 |
| M | 4,72 | 1,275 | 4,75 | 1,260 | 5,16 | ,624 | 5,13 | ,797 |
| F | 3,39 | 1,754 | 4,06 | 1,526 | 4,33 | 1,414 | 4,29 | 1,532 |
| totale | 3,63 | 1,667 | 3,65 | 1,753 | 4,40 | 1,416 | 4,42 | 1,464 |

*Tabella 3.1: Rapporto con il padre e la madre prima e ora*

La tabella 3.1 riporta le medie per il rapporto con il padre e la madre prima dell'insorgenza del disagio e al momento attuale per i 4 gruppi.

Gli intervistati potevano rispondere alla domanda scegliendo una risposta tra: inesistente, scarso, sufficiente, discreto, buono e ottimo; per l'analisi statistica a ogni aggettivo è stato dato un valore numerico da 1 (inesistente) a 6 (ottimo).

Le medie delle risposte diminuiscono per i due gruppi di transessuali per quanto concerne il rapporto con il padre al momento attuale; le medie aumentano per i maschi nel rapporto con la madre attualmente e per le femmine nel rapporto con il padre attualmente.

Mediante il *test t di Student* si è indagato se vi sia qualche differenza statisticamente significativa tra il rapporto con il padre e la madre prima-ora e per i quattro gruppi analizzati.

Per ogni gruppo è stato fatto un *test t di student* per campioni appaiati padre prima-padre ora madre prima-madre ora.

Si evince che nella popolazione FtM non ci sono differenze statisticamente significative per il rapporto con il padre prima dell'insorgenza del disagio e al momento attuale e con la madre prima del disagio e ora $t_{(23)} = 526$ ; *n.s.*; $t_{(22)} = -.383$ ; *n.s.*

Nemmeno per la popolazione MtF ci sono differenze statisticamente significative $t_{(12)} = 1.29$; *n.s*. (rapporto padre prima del disagio e rapporto attuale); $t_{(13)} = 298$ ; *n.s (*rapporto madre prima del disagio e rapporto attuale).

Per la popolazione maschile non si evidenziano differenze statisticamente significative per il rapporto con il padre nel passato e attualmente e la madre nel passato e attualmente: $t_{(23)}= -.327$ ; *n.s.* e $t_{(23)}=.327$; n.s.

Infine per la popolazione femminile si trova una differenza statisticamente significativa per il rapporto con il padre nel passato e attualmente $t_{(15)}= -2.15$ ; $p= 048$ e nessuna differenza significativa nel rapporto con la madre $t_{(16)}= 0.001$ ; *n.s.*

Sono state calcolate le correlazioni di Pearson con i test *SASS* e *Scala di sostegno sociale di Surtees* ed è emerso che non vi sono, per la popolazione transessuale, differenze statisticamente significative tra il confronto del rapporto con i genitori prima-ora e i due strumenti sopra citati per i quattro gruppi. Mentre, vi sono delle differenze statisticamente significative per il gruppo dei maschi tra *Scala di Surtees* e il rapporto attuale con il padre ($p$= 032) e la *SASS* e il rapporto attuale con la madre ($p$= 034).

Il confronto fra il rapporto con padre-ora e madre-ora e la *Scala di Surtees* ha differenza statisticamente significativa per le femmine ($p$= 001 per il padre e la madre).

Dall'*Analisi della Varianza Univariata* (ANOVA) si evince che vi sono differenze statisticamente significative fra i quattro gruppi riguardo il rapporto con i genitori: rapporto con padre prima $F_{(3;82)}$= 6,231; $p$= 001, rapporto con padre ora $F_{(3;73)}$= 9,198; $p$= 001; rapporto madre prima $F_{(3;81)}$= 4,124; $p$= 009 e rapporto con madre ora $F_{(3;74)}$= 3,044; $p$= 034 (con $\alpha$= 05).

| VARIABILI | | Differenza delle MEDIE | Sig. |
|---|---|---|---|
| Rapporto con il PADRE PRIMA | | | |
| Maschi | FtM | 1,52 | ,004 |
| | MtF | 1,776 | ,002 |
| | Femmine | 1,331 | ,037 |
| Rapporto con il PADRE ORA | | | |
| Maschi | FtM | 1,792 | ,001 |
| | MtF | 2,365 | ,001 |
| Femmine | MtF | 1,678 | ,026 |
| Rapporto con la MADRE PRIMA | | | |
| Maschi | FtM | 1,12 | ,025 |
| | MtF | 1,278 | ,020 |

*Tabella 3.2: Test post-hoc con Analisi di Bonferroni*

L'analisi post-hoc (Tabella 3.2) con il metodo di Bonferroni (correzione per confronti multipli) mostrano che i maschi hanno rapporti significativamente migliori con padre nel passato rispetto al gruppo dei transessuali e delle femmine; attualmente hanno rapporti migliori con il padre e con la madre solo rispetto al gruppo transessuale.

Le femmine sembrano avere rapporti migliori con il padre attualmente rispetto alle MtF ($p$ = 05).

Di seguito vengono riportati i grafici con le percentuali di risposta alle domande sul rapporto con i genitori.

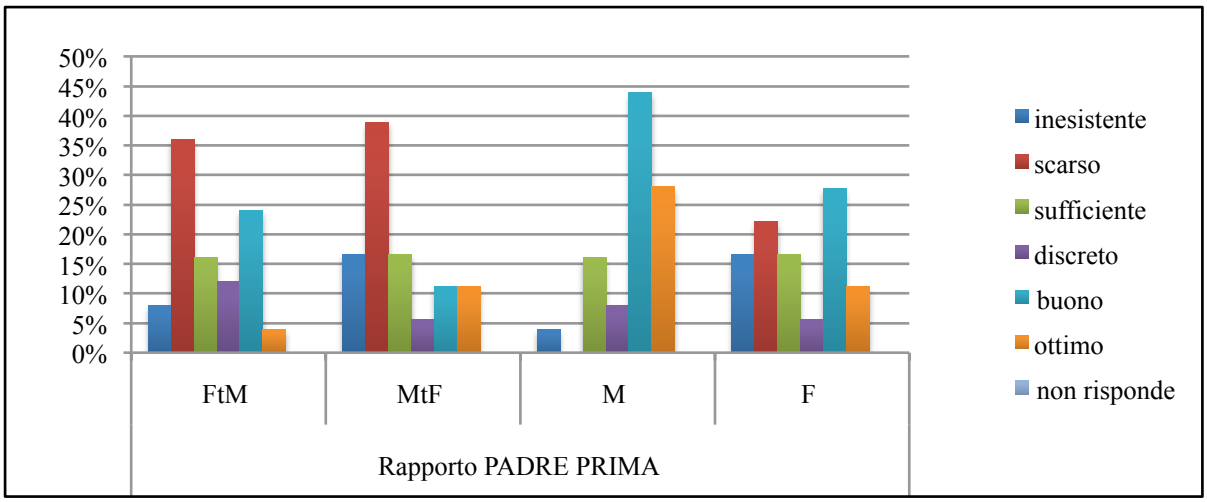



*Grafico 1: Rapporto familiare prima dell'insorgenza del disagio - Rapporto con il PADRE PRIMA*

Si può rilevare nel grafico 1, riguardante il rapporto paterno, che le risposte del campione transessuale hanno il medesimo andamento per i rapporti negativi (inesistente, scarso e sufficiente) per quanto riguarda il "rapporto prima dell'insorgenza del disagio", mentre si differenziano per i rapporti positivi (discreto, buono e ottimo): il 24% degli FtM ritiene di avere un "rapporto buono" così come l'11% delle MtF; infine il 4% degli FtM e l'11% delle MtF dice di avere un "rapporto ottimo".

A differenza della popolazione appena descritta, il gruppo di controllo presenta andamenti molto diversi tra maschi e femmine.

Per quanto concerne il rapporto con il padre: le femmine hanno una maggioranza di rapporti negativi rispetto ai maschi, che invece detengono una maggioranza di rapporti positivi, con un picco del 44% per i "rapporti buoni" e del 28% per i "rapporti ottimi".

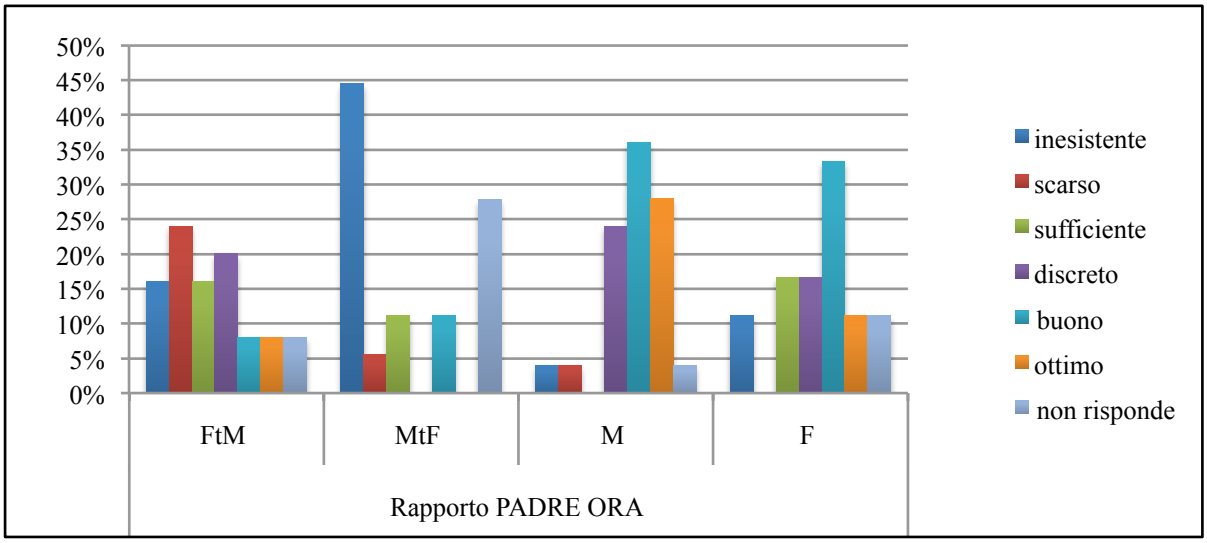



*Grafico 2: Rapporto familiare attuale - Rapporto con il PADRE ORA*

Analizzando il rapporto con il padre al momento attuale (grafico 2), si può notare come vi sia un aumento dei "rapporti inesistenti", sia per FtM che per MtF (44%), differentemente diminuiscono i rapporti "scarsi" e sufficienti". Per quanto riguarda i rapporti positivi vi è un aumento dei rapporti "discreti" per gli FtM (20%) e di quelli "ottimi" (8%). Il campione MtF non si esprime molto riguardo i rapporti positivi, infatti, il 28% di loro non risponde alla domanda.

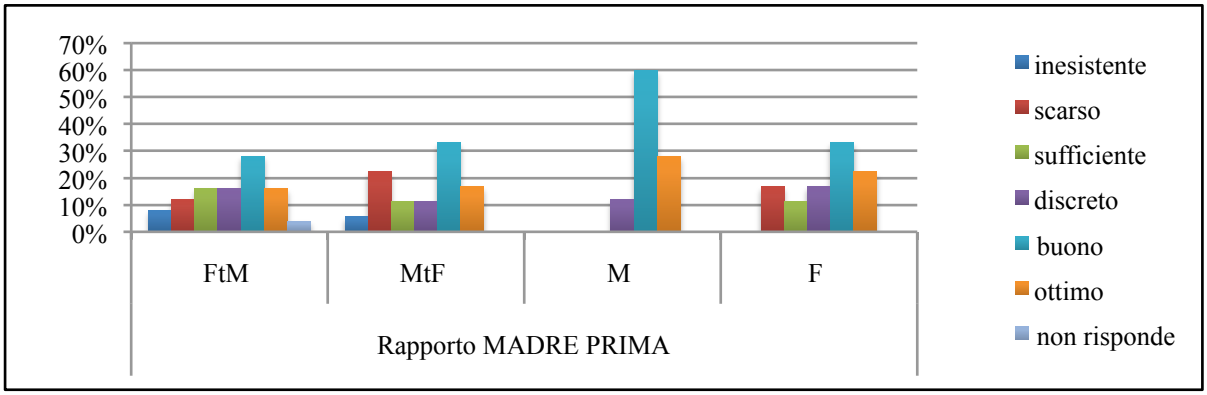



*Grafico 3: Rapporto familiare prima dell'insorgenza del disagio - Rapporto con la MADRE PRIMA*

Con il grafico 3 si analizza il rapporto con la madre "prima": l'andamento delle risposte per la popolazione transessuale è piuttosto simile, sebbene ci sia un picco per i rapporti "scarsi" del 22% e per i rapporti "buoni" del 33% per le MtF. Anche le risposte delle femmine sono sintonizzate con le risposte del gruppo sperimentale; invece quelle dei maschi sono decisamente polarizzate: 0% per i rapporti negativi e un progressivo aumento per i rapporti positivi, con un picco del 60% per i rapporti "buoni". Per tutti quattro i gruppi, i rapporti più frequenti con la figura materna sono quelli "buoni".

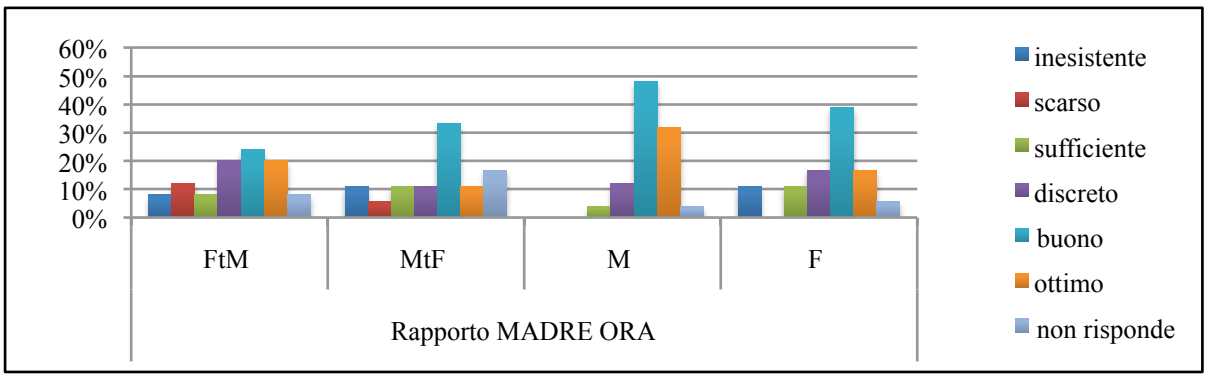



*Grafico 4: Rapporto familiare attuale - Rapporto con la MADRE ORA*

I rapporti attuali con la figura materna hanno un andamento piuttosto omogeneo per tutti quattro i gruppi (Grafico 4): da notare è il picco sui rapporti buoni dei maschi (48%) e il 17% delle MtF che non risponde alla domanda.

## 3.2 Analisi della Scala di sostegno sociale di Surtees

| | Scala di sostegno sociale di Surtees | | |
|---|---|---|---|
| | valore | df | Sig. |
| CHI QUADRATO | 0,316 | 3 | .957 |
| ANOVA-fra gruppi | 2,385 | 3 | .075 |

*Tabella 3.3: Test Chi Quadrato e ANOVA*

Non emergono indici statisticamente significativi dopo l'analisi con il test Chi Quadrato e l'ANOVA (Tabella 3.3). Si può notare una tendenza alla significatività nel Surtees tra le MtF e le femmine ($p$=.071).

| | Scala di sostegno sociale di Surtees | | | |
|---|---|---|---|---|
| | FtM | MtF | M | F |
| valore normativo minore di 8 | 88% | 83% | 88% | 89% |
| valore oltre 8 | 12% | 17% | 12% | 11% |
| totale | 100% | 100% | 100% | 100% |

*Tabella 3.4: Risultati*

Dalla Scala di sostegno sociale, come si evince dalla tabella 3.4, più dell'80% di tutti i gruppi presi in esame avrebbero un buon supporto sociale (punteggi inferiori a 8).
Le MtF sono coloro le quali hanno maggiori punteggi oltre il cut-off (17%).
Si esaminano ora i contenuti ritenuti più importanti.

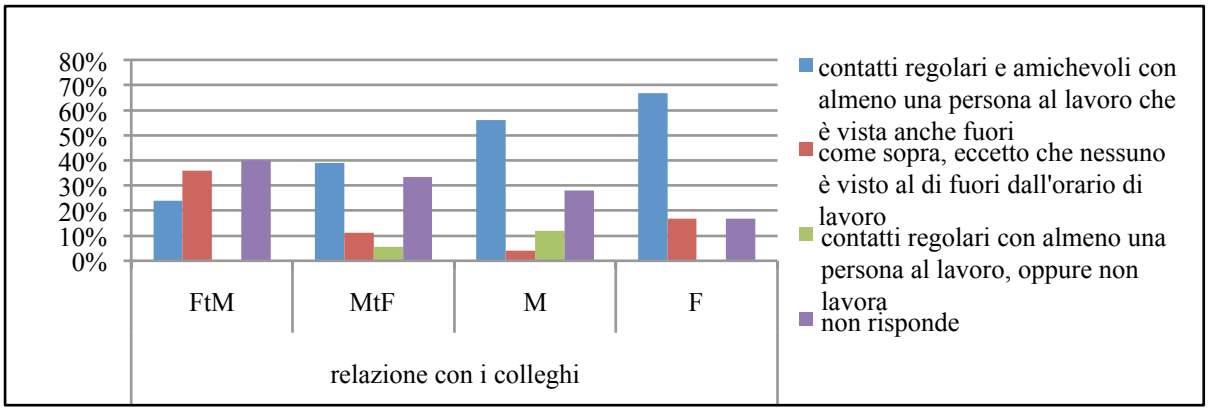



*Grafico 5: Relazione con colleghi di lavoro*

Per quanto riguarda il rapporto con i colleghi di lavoro (Grafico 5) si può vedere che le femmine, seguite dai maschi, hanno più contatti "regolari e amichevoli" sul posto di lavoro e che queste relazioni continuano anche fuori; vengono poi le MtF e gli FtM. Il gruppo che maggiormente ha contatti o non lavora è quello dei maschi, e come nel grafico precedente si può notare che gli FtM non rispondono per il 40%.
Dal test *Chi Quadrato* non emergono differenze statisticamente significative per le relazioni con i colleghi di lavoro e i quattro gruppi.

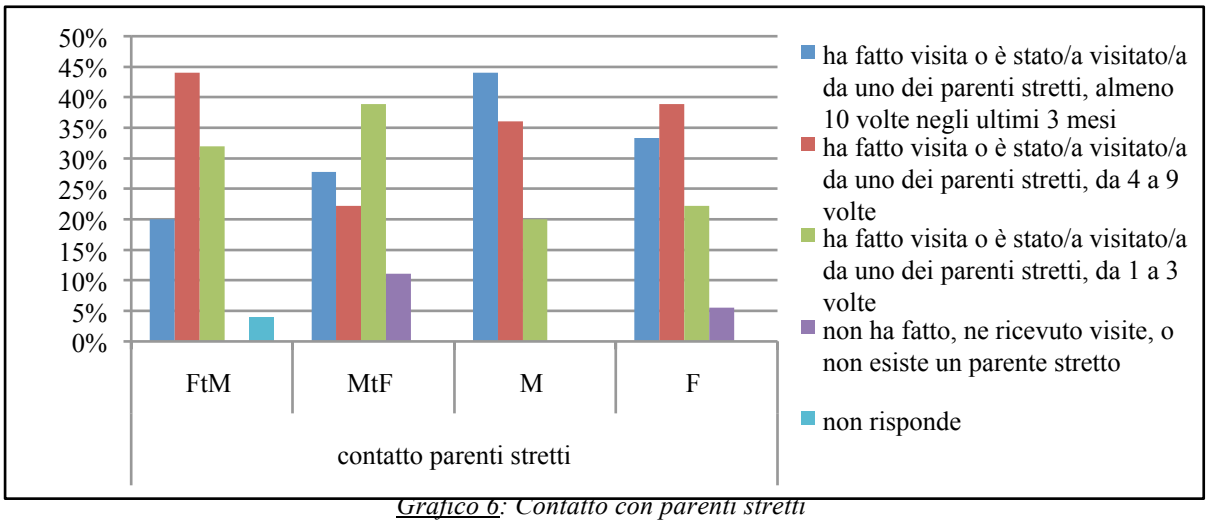



*Grafico 6: Contatto con parenti stretti*

Dal grafico 6 si può ricavare quanto ciascuno dei gruppi visita o è stato visitato dai parenti stretti: i maschi sono le persone che vedono più spesso i parenti stretti, seguiti dalle femmine; il 44% degli FtM incontra i parenti stretti minimo quattro volte al mese e le MtF sono quelle che meno frequentano i parenti stretti o che non ne hanno.

Dal *test Chi Quadrato* non emergono differenze statisticamente significative per il contatto con i parenti stretti e i quattro gruppi

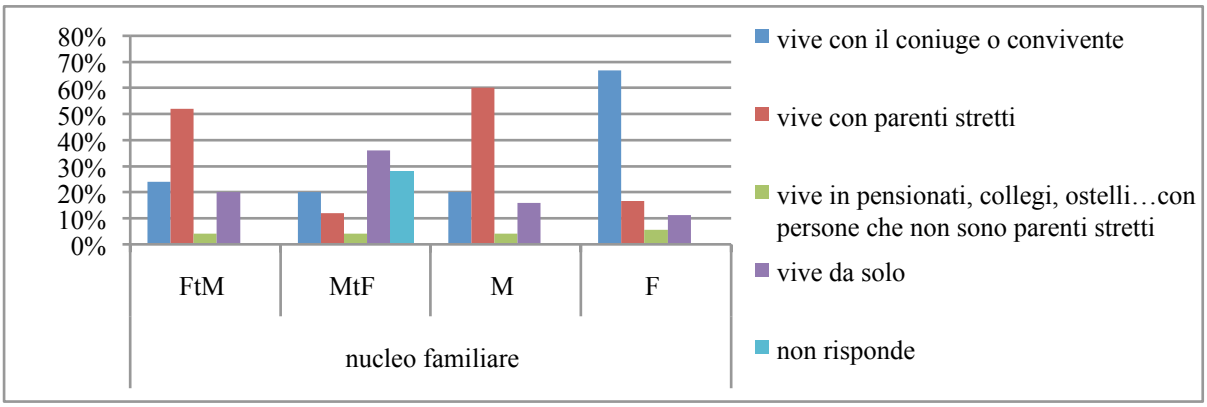



*Grafico 7: Nucleo Familiare*

Dai dati analizzati (Grafico 7), emerge che il 67% delle femmine "vive con il coniuge o convivente", 36% delle MtF che "vive da sola"; il 60% maschi "vive con parenti stretti" e cosi anche il 52% degli FtM. Un dato da notare è che il 28% delle MtF non risponde a questa domanda.

Per quanto riguarda il Chi Quadrato, emerge una differenza statisticamente significativa tra "con chi si vive" e i quattro gruppi: $\chi^2_{(9;N=86)}= 24{,}191$; $p= 004$.

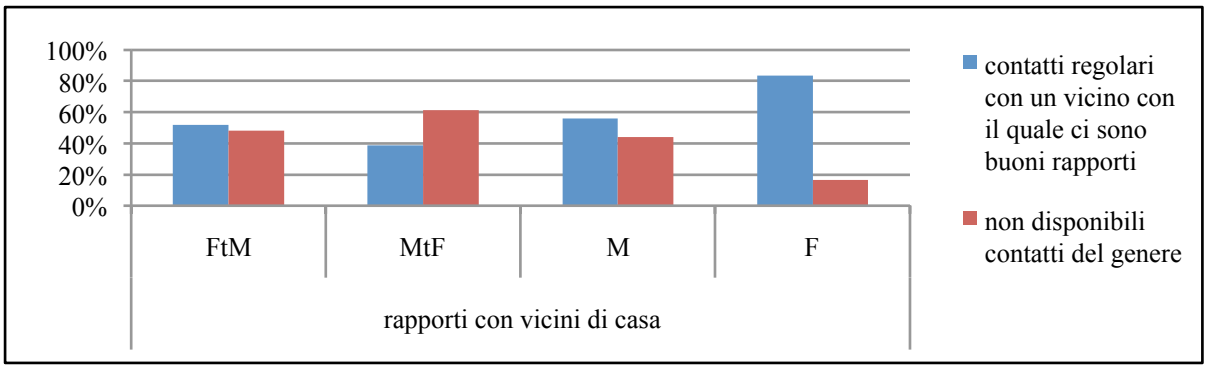



*Grafico 8: Rapporti con i vicini*

Si può notare, dal grafico 8, che l'82% delle femmine, il 55% dei maschi, il 52% degli FtM e il 40% delle MtF dichiara di avere "contatti regolari con un vicino con il quale ci sono buoni rapporti". Si può vedere come le femmine siano quelle che intrattengano più rapporti con i vicini, a differenza delle MtF (60%) che dichiarano di non avere a disposizione tali contatti. Una tendenza alla significatività si può rilevare nei rapporti con i vicini di casa: $\chi^2_{(3;N=86)}=7{,}766$ $p=$ 051, dall'andamento generale si discostano di molto le femmine.

### 3.3 Analisi della Social Adaption Self-Evaluation Scale (SASS)

| | SASS | | |
|---|---|---|---|
| | valore | df | Sig |
| CHI QUADRATO | 0,93 | 3 | .818 |
| ANOVA - fra gruppi | 0,126 | 3 | .0945 |

*Tabella 3.5: Test Chi Quadrato e ANOVA*

Dall'analisi con il *test Chi Quadrato* e l'ANOVA non emergono differenze statisticamente significative.

| | SASS | | | |
|---|---|---|---|---|
| | FtM | MtF | M | F |
| valore normativo di 42 | 16% | 11% | 20% | 11% |
| valore sotto 42 | 80% | 89% | 80% | 84% |
| totale | 100% | 100% | 100% | 100% |

*Tabella 3.6: Risultato*

Come si evince dalla tabella 3.6, dalla SASS emerge che più dell'80% dei quattro gruppi presi in considerazione, ha punteggi sotto il cut-off.

Il gruppo con maggiori punteggi sopra cut-off sono i maschi (20%).

Si esaminano ora i contenuti ritenuti più importanti.

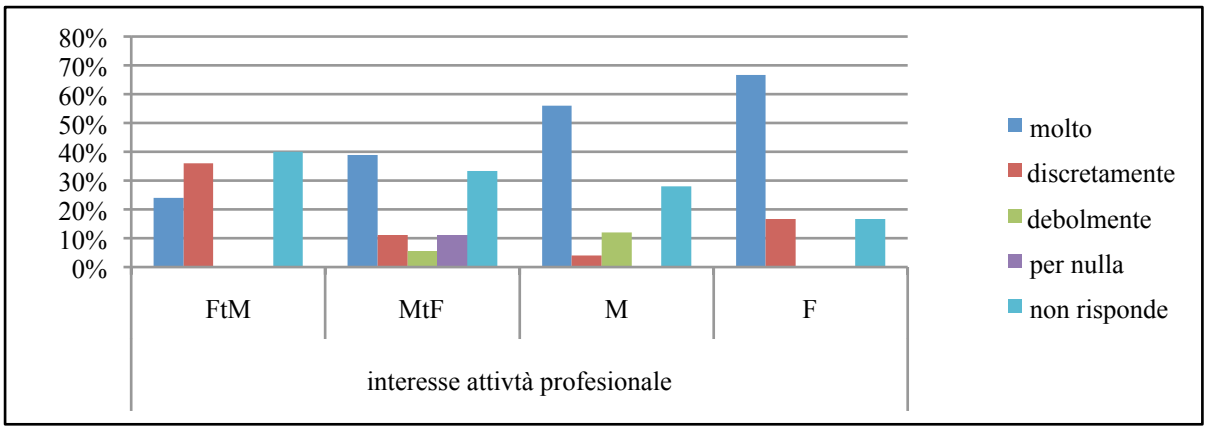



*Grafico 9: È interessato/a alla sua attività professionale?*

Dal grafico 9 si evince che le femmine, seguite dai maschi, sono il gruppo più interessato alla propria attività professionale. Le MtF sono le più interessate, per il gruppo sperimentale, al lavoro svolto; gli FtM invece provano maggiormente un "discreto" interesse. Sempre per il medesimo gruppo si nota che il 40% non risponde alla domanda.

Emerge una differenza statisticamente significativa tra l'interesse per l'attività professionale e i quattro gruppi: $\chi^2_{(9;N=60)}= 25{,}801$; $p= 002$.

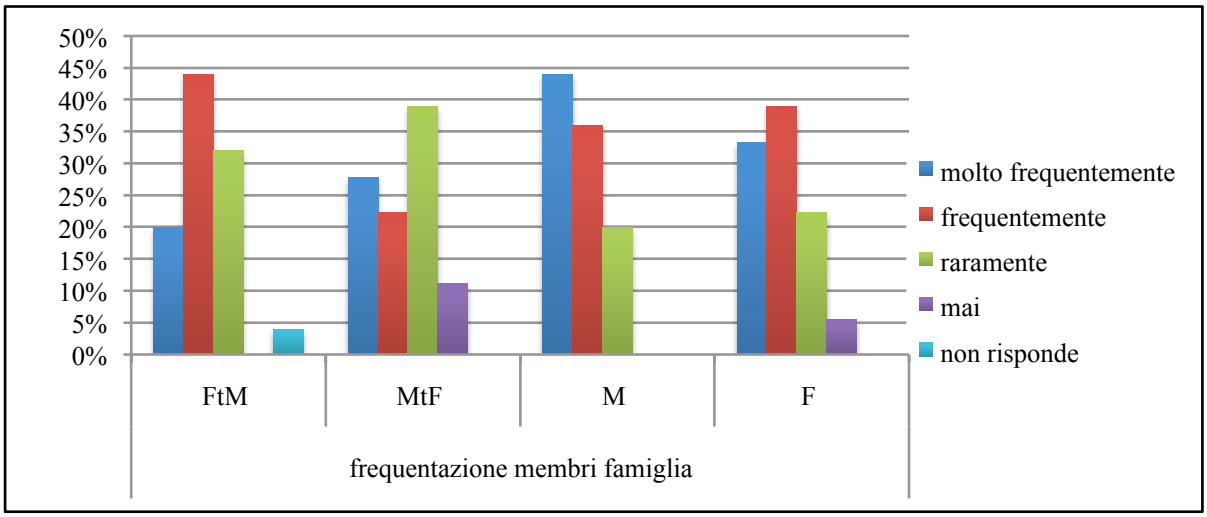



*Grafico 10: Con quale frequenza vede i membri della sua famiglia (parenti-genitori)?*

Nel grafico 10, si può notare il grado di frequentazione dei membri della famiglia: chi vede "molto frequentemente" i membri della famiglia sono i maschi con un 44%, seguiti dagli FtM che vedono "frequentemente" la famiglia per un 44% e le femmine con un 39%. La maggior parte delle MtF (39%) vede la famiglia "raramente", il gruppo che "mai" frequenta la famiglia è, con un 10%, quello delle FtM, seguito da un 5% di femmine.

Il risultato del *Test Chi Quadrato* non fa emergere differenze significative tra la frequentazione della famiglia e i quattro gruppi.

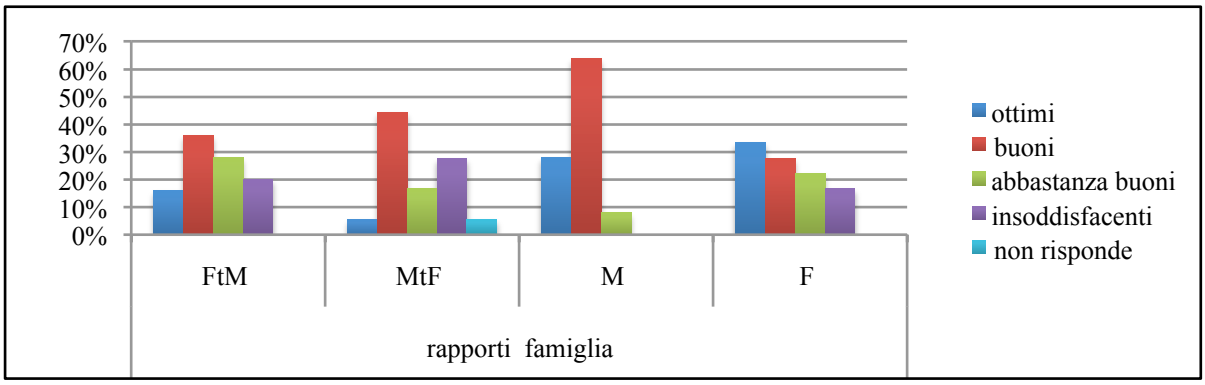



*Grafico 11: I rapporti con la sua famiglia sono*

Il grafico 11 sopra esposto mostra le risposte date dai quattro gruppi in merito alla qualità dei rapporti con la famiglia. Nel gruppo sperimentale si nota come i rapporti più presenti sono quelli "buoni" con un 36% per FtM e 44% per MtF e quelli meno presenti sono gli "ottimi". Per il gruppo di controllo si rileva che i rapporti più presenti per i maschi sono quelli "buoni" (64%) mentre per le femmine sono gli "ottimi" con un 33%. Per quanto riguarda i rapporti "insoddisfacenti" sono citati dal gruppo transessuale in egual misura circa (più per le MtF) e dalle femmine, mentre dei maschi, nessuno, reputa il rapporto con la propria famiglia insoddisfacente.

Si è rilevata una differenza statisticamente significativa tra la tipologia dei rapporti familiari e i quattro gruppi $\chi^2_{(9;N=85)}= 16{,}901$ $p= 05$.

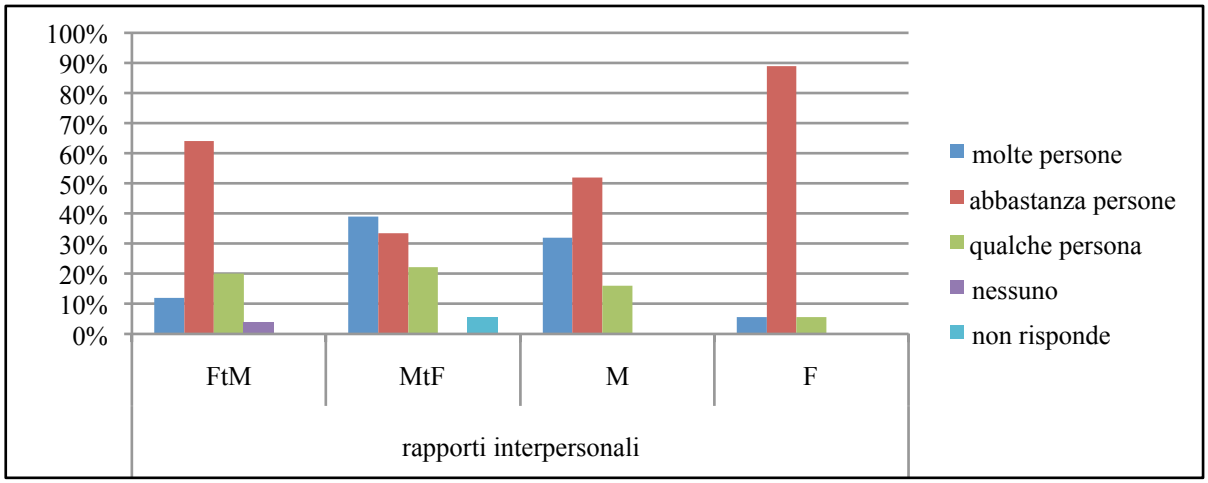



*Grafico 12: Al di fuori dell'ambito familiare instaura rapporti con*

Dal grafico 12 emerge che il 62% delle persone transessuali FtM frequenta "abbastanza

persone" al di fuori dell'ambito familiare, così come il 50% dei maschi e l'88% delle femmine; infatti, dal grafico si può notare come i tre gruppi citati prima frequentino "abbastanza persone". La maggior parte delle transessuali MtF (39%) frequenta "molte persone" oltre la famiglia e sono il gruppo che più si discosta dall'andamento generale del grafico.

Si ritiene opportuno mettere in evidenza una tendenza alla significatività riguardante i "rapporti intrattenuti al di fuori dell'ambito familiare": $\chi^2_{(9;N=85)}= 16{,}182$ $p= 063$, in particolare dall'andamento generale si discostano le transessuali MtF.

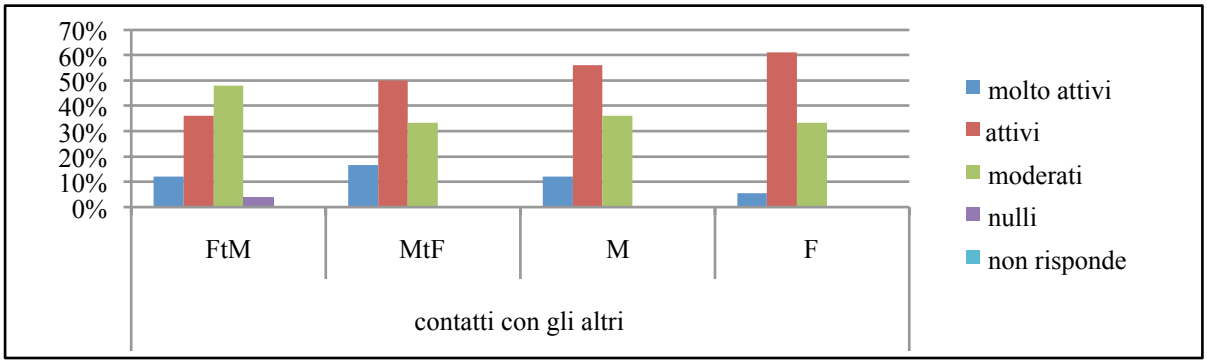



*Grafico 13: Cerca di stabilire un contatto con gli altri*

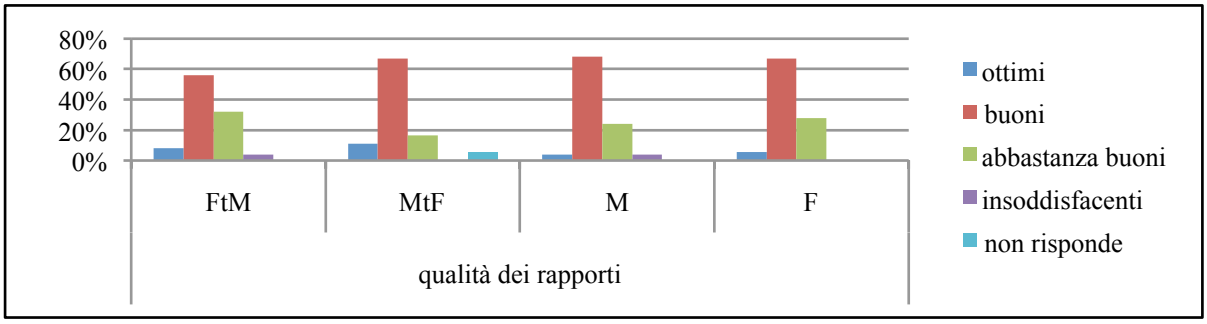



*Grafico 14: i rapporti con le persone che incontra sono*

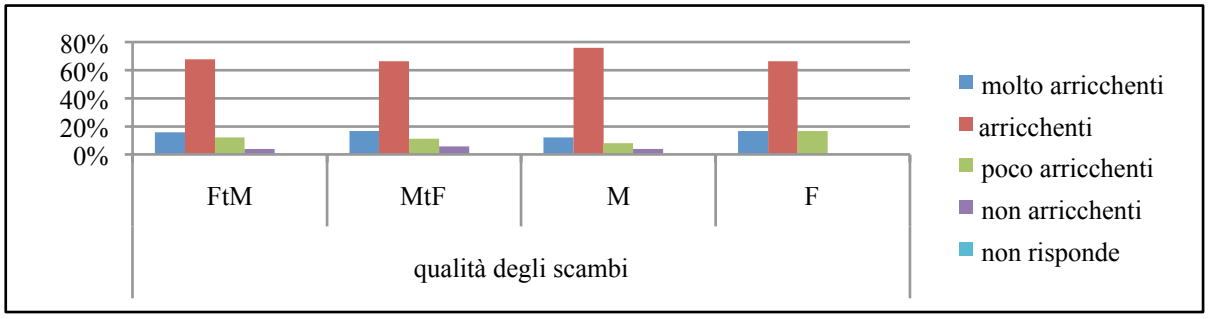



*Grafico 15: Gli scambi relazionali con le persone che incontra le sembrano arricchenti*

I grafici 13, 14 e 15 mostrano come l'andamento delle risposte sia più o meno simile nei quattro gruppi. La differenza che più significativa, nel grafico 13, sono i contatti

"moderati" degli FtM con le persone che incontrano.

Il *Test Chi Quadrato* non fa emergere differenze significative tra i quattro gruppi presi in analisi e i rapporti sociali intrattenuti (grafico 12 e 13) e la qualità degli stessi (grafico 14 e 15).

## 3.4 Analisi dell'intervista sulla motivazione e le aspettative

***Evoluzione dell'identità nel campione di controllo e sperimentale***

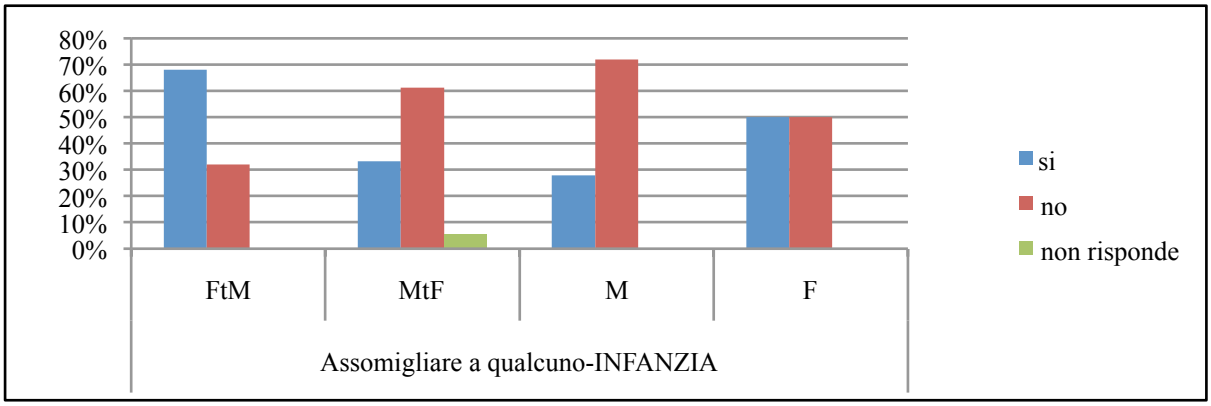



*Grafico 16: Durante la sua infanzia c'è stata una persona a cui voleva assomigliare?*

Come si nota dal grafico 16 il 68% degli FtM, il 33% delle MtF, il 28% dei maschi e il 50% delle femmine volevano assomigliare a qualcuno. La popolazione che più aveva questo desiderio era quella femminile, mentre quella che meno voleva assomigliare a qualcuno era quella maschile (70%).

Si può notare come tra i quattro gruppi e il volere assomigliare a qualcuno durante l'infanzia vi sia una differenza significativa: $\chi^2_{(3;N=85)}=9.04$; $p= 029$.

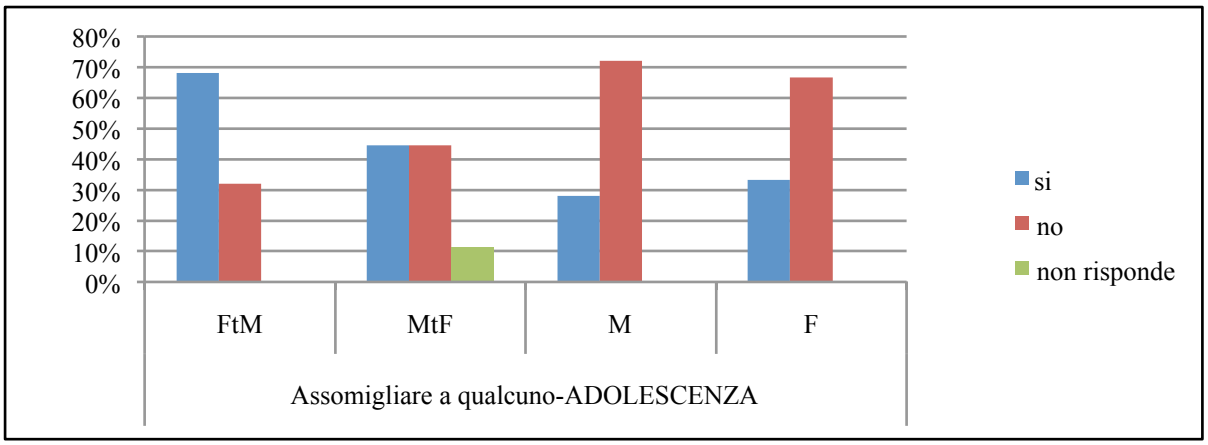



*Grafico 17: Nell'adolescenza c'è stata una persona a cui voleva assomigliare?*

Dal grafico 17 si evince come il 68% degli FtM, il 44% delle MtF, il 28% dei maschi e il 33%

delle femmine volevano assomigliare a qualcuno. Gli FtM sono coloro che più volevano assomigliare a qualcuno durante l'adolescenza, mentre i maschi sono coloro che meno volevano assomigliare a qualcuno (70%).

Tra i quattro gruppi e il volere assomigliare a qualcuno durante l'adolescenza vi è una differenza statisticamente significativa $\chi^2_{(3;N=84)}=9.403$ $p= 024$.

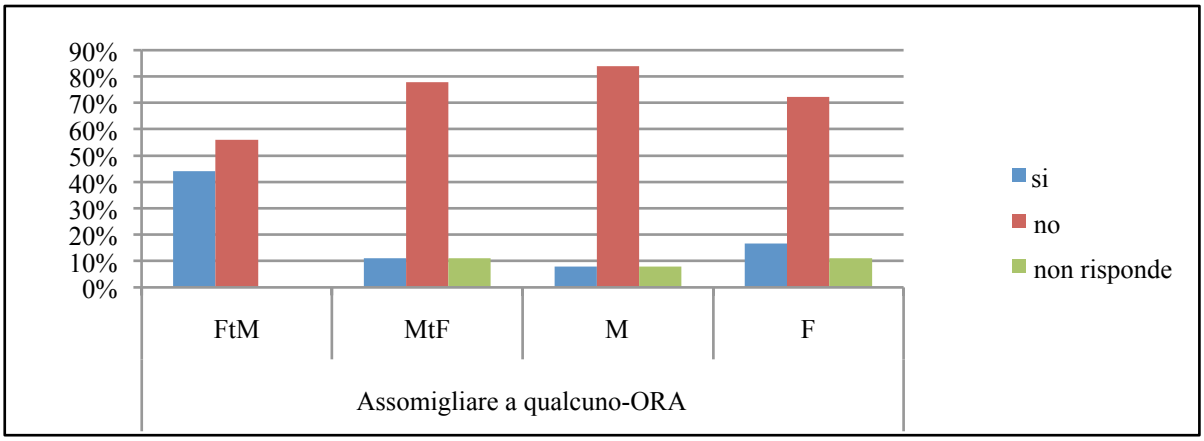



*Grafico 18: Attualmente c'è una persona a cui vuole assomigliare?*

Nel presente grafico 18 vuole assomigliare qualcuno il 44% degli FtM, e percentuali basse degli altri tre gruppi. Più del 70% di MtF, maschi e femmine non vogliono assomigliare a nessuno.

Vi è differenza statisticamente significativa tra il voler assomigliare a qualcuno attualmente e i quattro gruppi: $\chi^2_{(3;N=80)}=10,187$ $p= 017$; questo in particolare avviene per il gruppo FtM.

*Modelli scelti*

| | a chi vogliono assomigliare | | | |
|---|---|---|---|---|
| | FtM | MtF | M | F |
| PARENTI MASCHI | 46% | 0% | 22% | 9% |
| PARENTI FEMMINE | 0% | 22% | 0% | 36% |
| PERSONAGGI SPETTACOLO CULTURA | 26% | 33% | 28% | 9% |
| AMICI-COMPAGNI | 22% | 28% | 28% | 23% |
| SE' INTERIORE | 7% | 17% | 17% | 14% |
| PERSONE DI RIFERIMENTO | 0% | 0% | 6% | 9% |

*Tabella 3.7: modelli scelti dai quattro gruppi*

Nella tabella 3.7 sono indicati i modelli a cui i quattro gruppi ambivano ad assomigliare: l'46% degli FtM vuole assomigliare a parenti di sesso maschile, e il 33% delle MtF a personaggi dello spettacolo o cultura.

Il 28% dei maschi vuole assomigliare a personaggi dello spettacolo o cultura e ad amici o compagni mentre le femmine hanno per riferimento le parenti dello stesso sesso (36%).

Si nota differenza staticamente significativa tra i quattro gruppi e i modelli menzionati: $\chi^2_{(15;N=92)}= 27{,}455$ $p= 001$.

***Rapporti sociali nel campione di controllo e sperimentale***

*Rapporto con i pari*

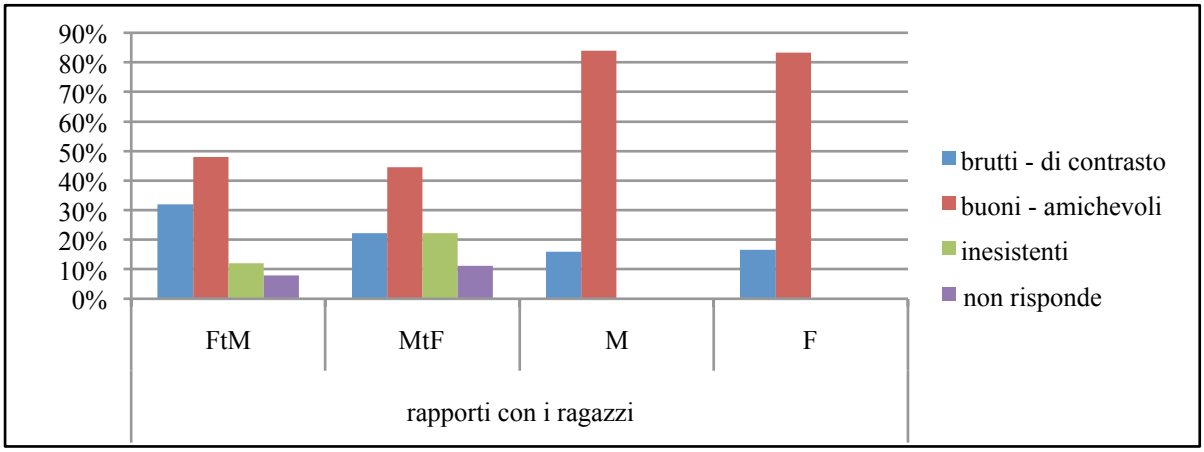



*Grafico 19: Durante l'adolescenza com'erano i rapporti con i ragazzi?*

Dal grafico 19 si possono notare delle risposte polarizzate sul versante i rapporti buoni e amichevoli per più dell'80% dei maschi e delle femmine; non sono rilevabili rapporti inesistenti e non risposte. Per quanto riguarda il campione transessuale, le risposte sono meno polarizzate: per il campione FtM si rileva un quasi 50% di rapporti buoni e amichevoli, 30% sono brutti e di contrasto e il 10% sono inesistenti o non risponde alla domanda. Le MtF riferiscono un 43% di rapporti buoni e amichevoli, 22% di rapporti brutti e di contrasto e inesistenti, il 10% non risponde alla domanda.

Si è rilevata una differenza statisticamente significativa per il rapporto con i ragazzi durante l'adolescenza: $\chi^2_{(6;N=82)}=14{,}701$ p= 023; in particolare si nota una modularità di risposte per il campione transessuali e una polarizzazione sul versante positivo per il campione di controllo.

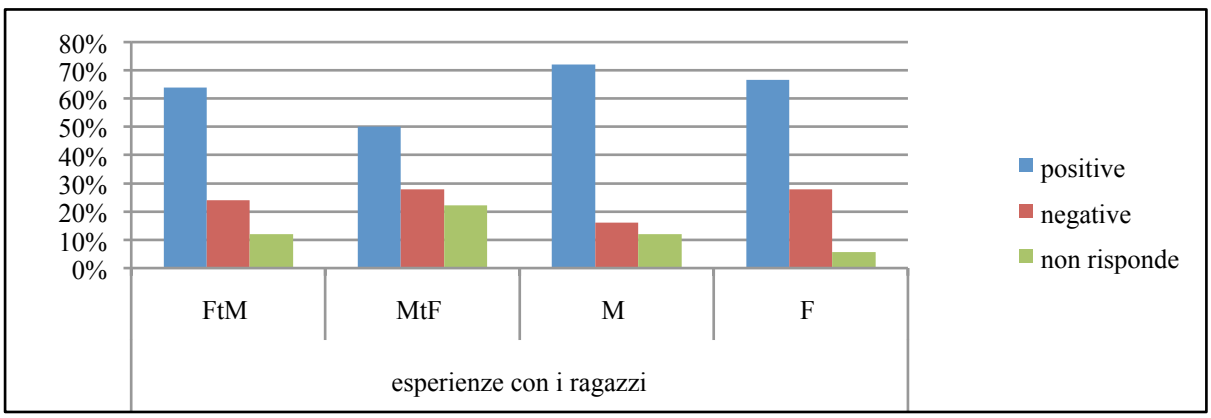



*Grafico 19.1: Quale esperienza ha tratto da questi rapporti?*

Le esperienze tratte dal rapporto con i ragazzi hanno un andamento piuttosto simile per i due campioni (Grafico 19.1): le esperienze definite positive sono il 72% per il maschi, il 68% per le femmine, il 65% per gli FtM e il 50% per le MtF. I rapporti negativi sono orientati dal 24 al 28% per FtM, MtF e femmine e solo per un 15% per i maschi. Il 22% delle MtF non risponde alla domanda.

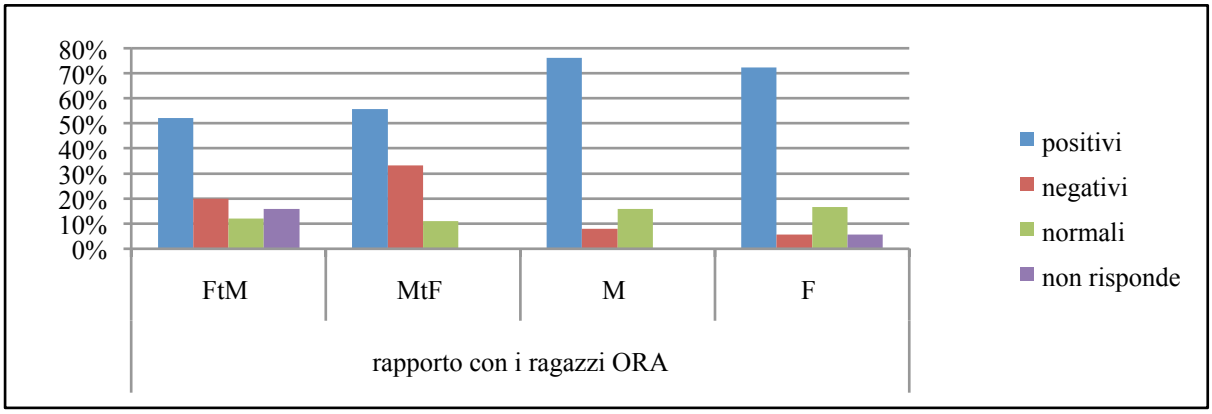



*Grafico 20: Come sono attualmente le sue relazioni con persone di sesso maschile?*

Dal grafico 20 si evince che il gruppo di controllo ha risposte molto polarizzate riguardo il rapporto con persone di sesso maschile nel momento attuale: rapporti positivi più del 70%, meno del 10% rapporti negativi e 15% rapporti riferiti come normali.

Per quanto riguarda il campione transessuale si notano delle differenze: per gli FtM si rilevano il 50% di rapporti positivi e il 15% di non risposte; per le MtF il 55% di rapporti positivi e il 33% di rapporti negativi, percepiti come "difficoltosi".

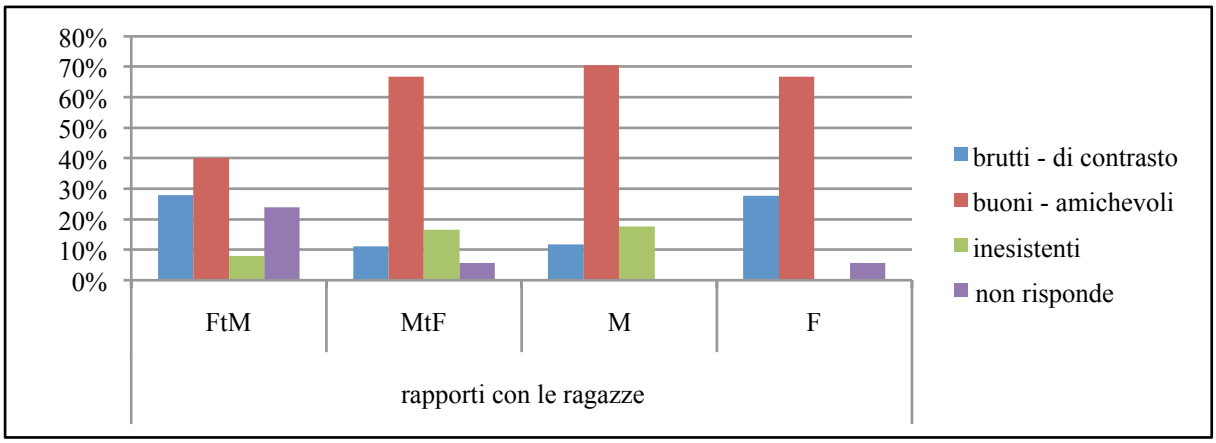



*Grafico 21: Durante l'adolescenza com'erano i rapporti con le ragazze?*

Come si può notare dal grafico 21, i rapporti con le ragazze in adolescenza sono esperiti per la maggior parte in modo positivo. Si sottolinea che le MtF e i maschi hanno rapporti

buoni e amichevoli per i 70%, il 10% di contrasto e il 15% insesitenti.
Le femmine hanno invece una percentuale del 70% per i rapporti amichevoli ma quasi del 30% per i rapporti di contrasto.
Gli FtM, infine, hanno un 40% di rapporti amichevoli, 30% rapporti di contrasto e un 25% che non risponde alla domanda.

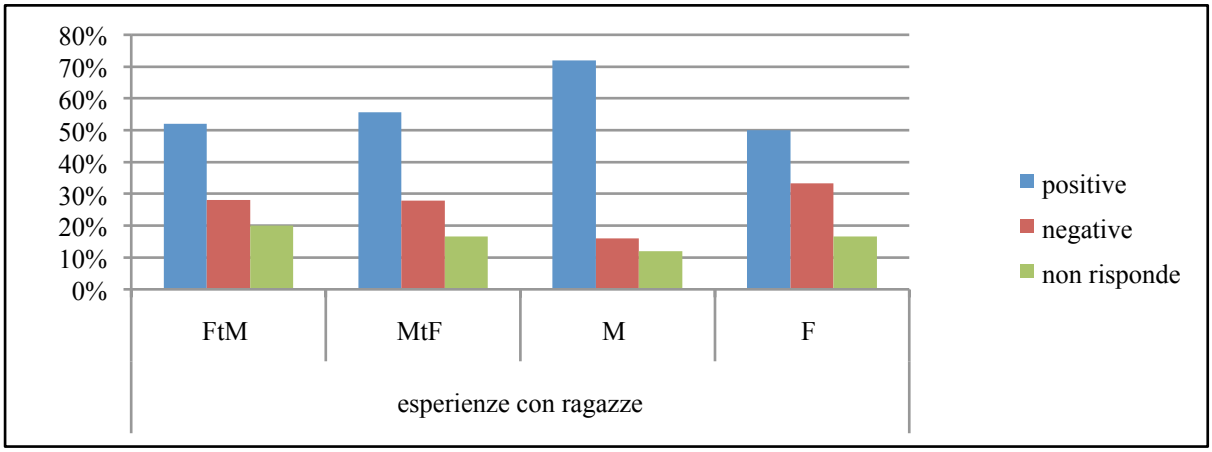



*Grafico 21.1: Quale esperienza ha tratto da questi rapporti?*

Le esperienze con le ragazze (grafico 21.1) sono vissute nel complesso in modo positivo, specialmente dai maschi (72%) e da più del 50% di FtM, MtF e femmine. Quest'ultime sono quelle che hanno avuto esperienze più negative rispetto agli altri (33%), mentre gli FtM sono quelli che non rispondono alla domanda per il 20%.

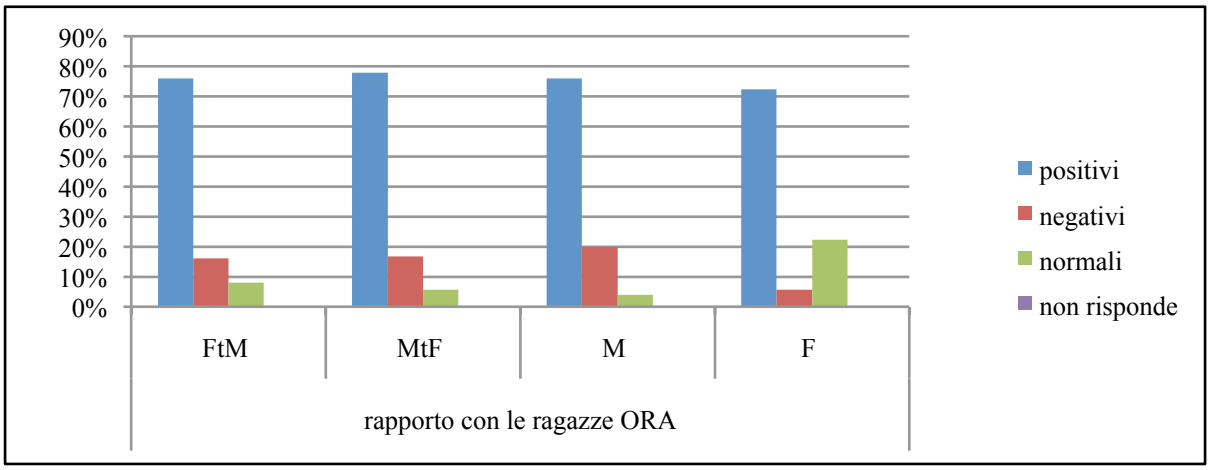



*Grafico 22: Come sono attualmente le sue relazioni con persone di sesso femminile?*

I rapporti attualmente sono esperiti positivamente, per tutti i gruppi, per più del 70%, Le femmine, che nei grafici precedenti mostravano alte percentuali di rapporti negativi e conflittuali, ora sono quelle che ne hanno in misura minore (Grafico 22).

*Relazioni di amicizia*

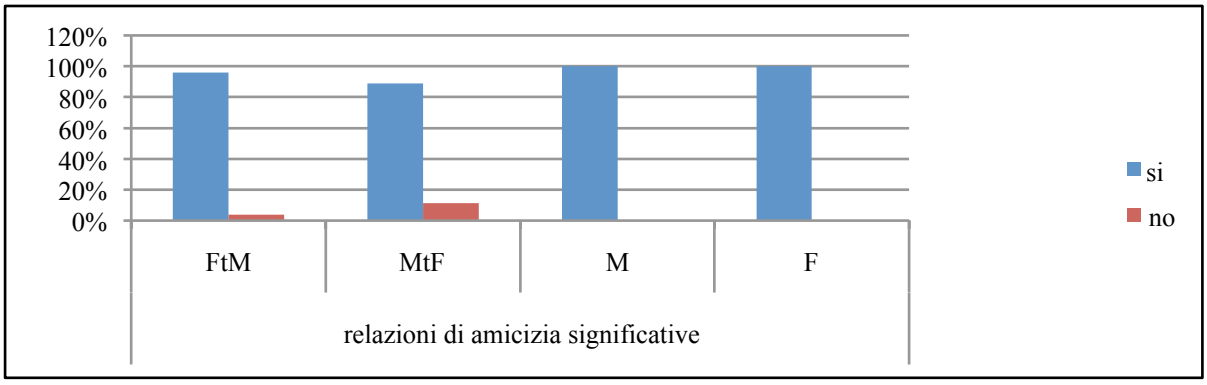



*Grafico 23: Ha avuto relazioni di amicizia significative?*

Dal grafico 23 si evince che la maggioranza degli intervistati dichiara di avere delle relazioni amicali significative. Del campione, le donne MtF sono quelle che riportano la maggior percentuale di relazioni di amicizia non significative (11%).

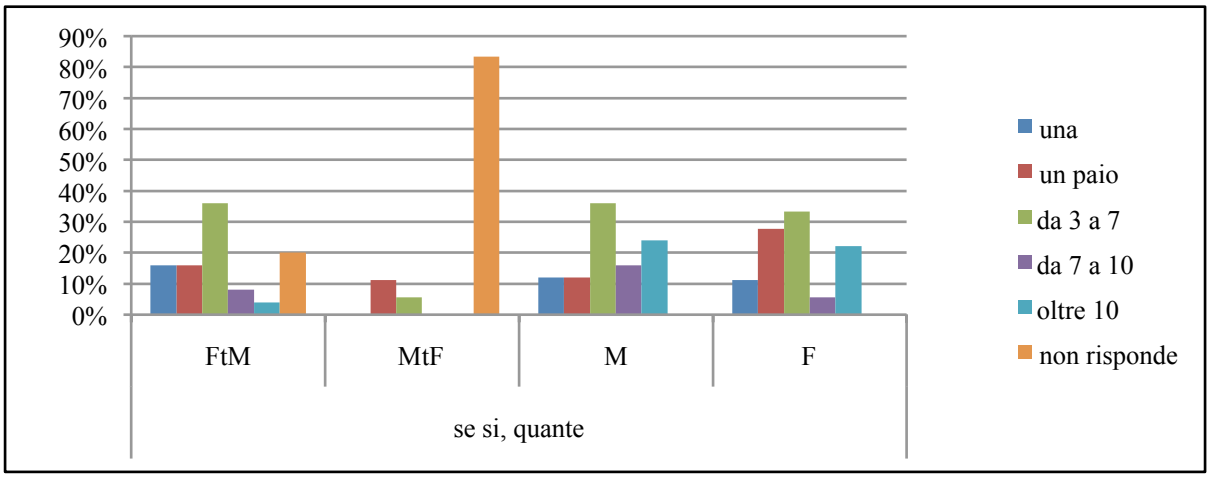



*Grafico 23.1: Se si, quante?*

Dai conteggi delle risposte alla domanda su quante relazioni di amicizia avessero, si sono ricavati i seguenti range: una, un paio, da 3 a 7, da 7 a 10, oltre 10.

Come si nota dal grafico 23.1 la maggior parte degli FtM (36%) dichiara di avere dalle 3 alle 7 relazioni di amicizia significative, le MtF dichiarano di avere un paio di relazioni significative (10%), i maschi da 3 a 7 relazioni (36%) cosi come le femmine (33%).

Si può notare che il range su cui tutti e quattro i gruppi si collocano è quello da 3 a 7, eppure con percentuali un po' basse. In particolare, per il campione transessuale, questo dipende dal fatto che vi è un 20% degli FtM e un 83% delle MtF che non risponde alla domanda.

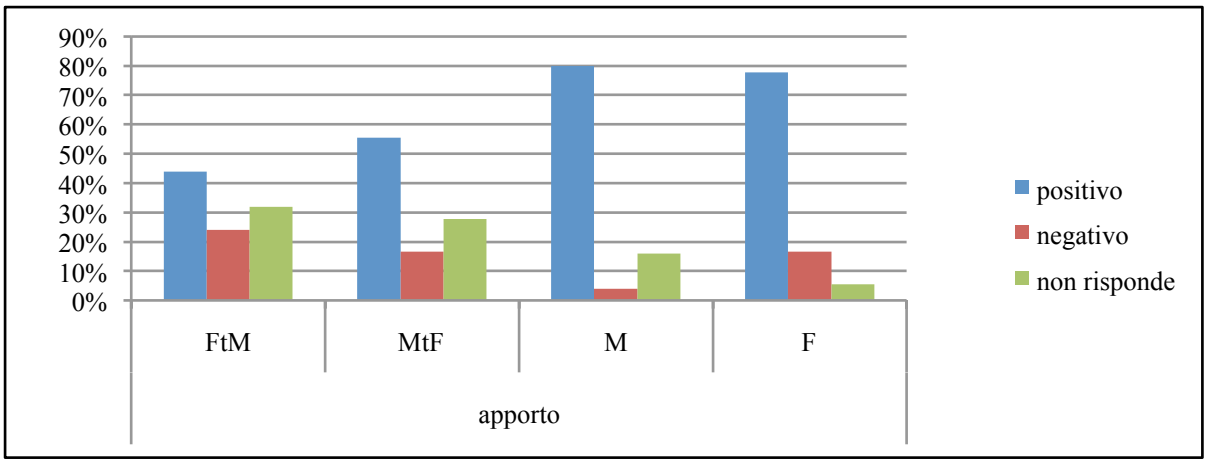
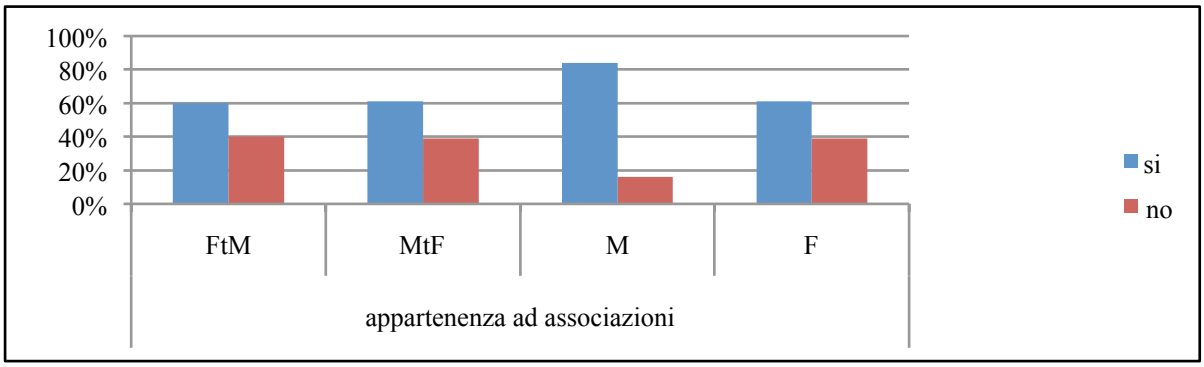



*Grafico 23.2: Che esperienza ha tratto da questi rapporti?*

Gli intervistati dichiarano di trarre un apporto positivo dalle relazioni amicali: 80% maschi e femmine, 55% MtF e 43% FtM. Quest'ultimi sono coloro che, in maggioranza, riferiscono un apporto negativo, oppure non rispondono. Per quanto riguarda le relazioni di amicizia significative, non emergono differenze statisticamente significative per i quattro gruppi (Grafico 23.2).

*Appartenenza ad associazioni*

Con queste domande si va ad esplorare come vivono il fare parte di associazioni per lesbiche, gay, bisessuali e transessuali (LGBT) le persone transessuali e, come vivono le persone non transessuali del gruppo di controllo, il far parte di associazioni di qualsiasi genere. Si fa notare la presenza di un *bias* in queste domande poiché il campione di controllo non frequenta associazioni LGBT.




*<u>Grafico 24:</u> Fa parte o ha mai fatto parte di associazioni, club di transessuali, omosessuali, ecc…/ Fa parte o ha mai fatto parte di associazioni, club, squadre sportive ecc…?*

Dal grafico 24 si può notare come la maggioranza degli intervistati abbia fatto parte di associazioni o club. In particolare notiamo come per il gruppo transessuale e le femmine

abbiano le stesse percentuali (60% si e 40% no); si discostano da questa media i maschi (83% si e15% no).

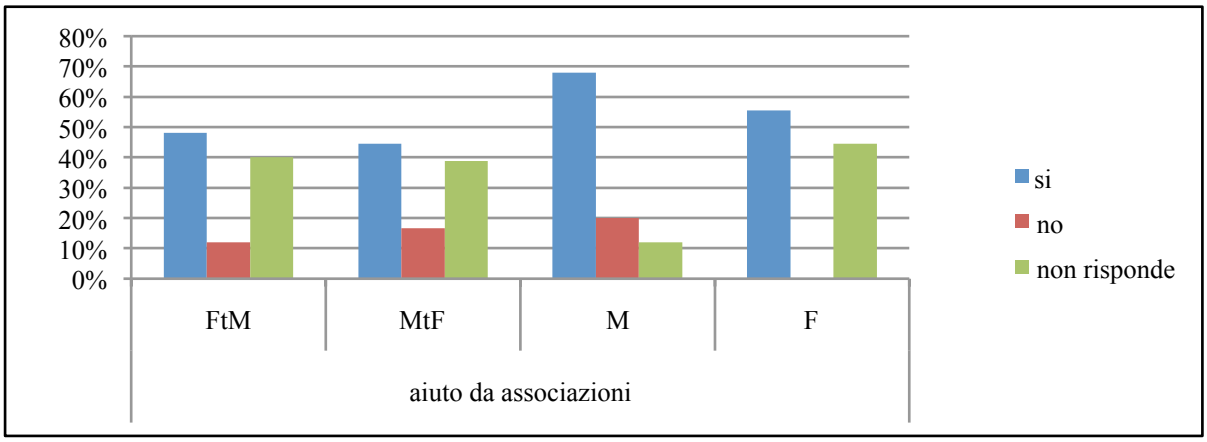



*Grafico 24.1: Questa appartenenza la aiuta/ l'ha aiutata?*

Il grafico 24.1 mostra che i maschi sono coloro che si sentono/si sono sentiti più aiutati grazie all'appartenenza ad un'associazione (68%), successivamente si trovano le femmine, gli FtM e le MtF. I maschi e le MtF sono coloro i quali ritengono di non aver avuto nessun aiuto dall'associazione a cui appartengono. Da notare è l'alto numero di non risposte: il 45% delle femmine, il 40% degli FtM e MtF e il 12% dei maschi, non rispondono alla domanda.

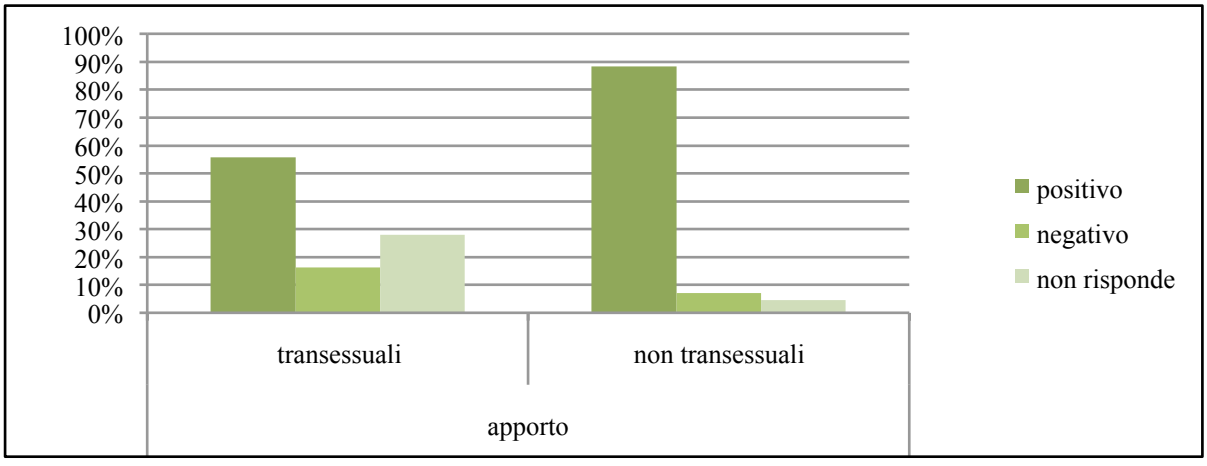



*Grafico 24.2: Apporto dall'appartenenza ad associazioni.*

In generale il campione sperimentale dei transessuali ritiene per quasi il 55% di aver ricevuto un apporto positivo, mentre il 90% dei non transessuali reputano positiva l'esperienza. Da notare che il gruppo dei transessuali non risponde per quasi il 30% (grafico 24.2).

Per quanto riguarda l'appartenere a un'associazione e il conseguente apporto ricavato non si sono differenze statisticamente significative con i quattro gruppi presi in analisi.

*Relazioni sentimentali significative*

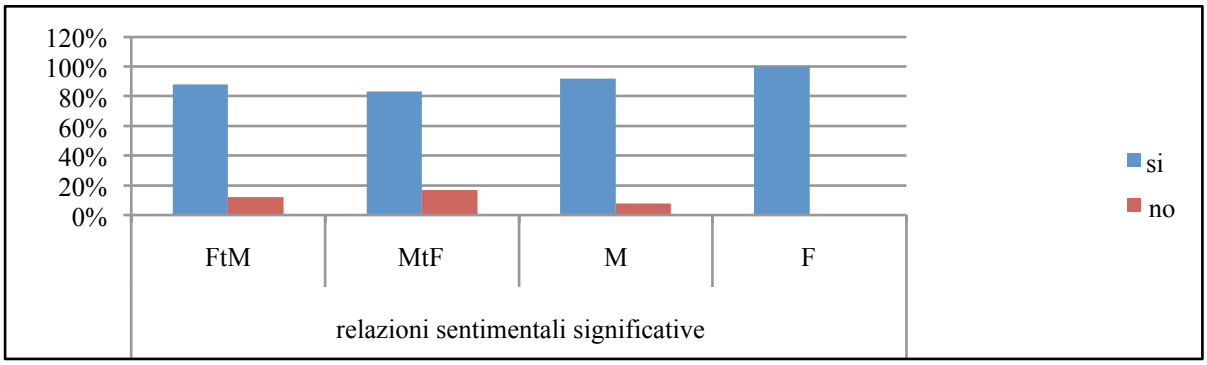



*Grafico 25: Ha avuto relazioni sentimentali significative?*

Dal grafico 25 si può notare che la maggior parte degli intervistati ha avuto relazioni sentimentali significative, seppur in percentuali differenti.

Le femmine dichiarano di aver avuto il 100% di relazioni sentimentali significative, i maschi il 92%, gli FtM l'88% e le MtF l'83%.

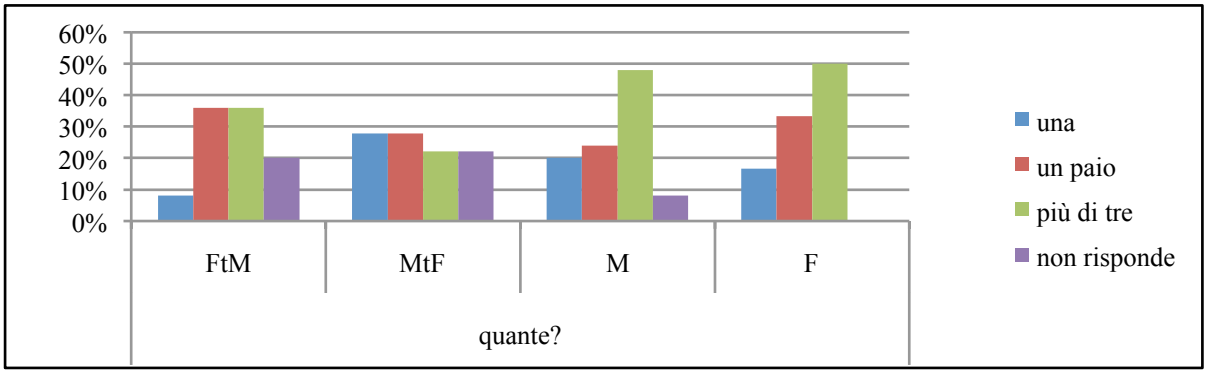



*Grafico 25.1: Quante?*

Come si può notare dal grafico 25.1 le risposte del gruppo di controllo si assomigliano: sia i maschi che le femmine (48 e 50%) dichiarano di aver avuto "più di tre relazioni" sentimentali.

Le risposte del campione sperimentale sono differenti: gli FtM dichiarano di aver avuto per il 36% di "più di tre relazioni", a pari merito con "un paio". Le MtF invece hanno risposto per il 28% una relazione significativa e "un paio".

Da notare che sia gli FtM che le MtF, per più del 20%, non rispondono alla domanda.

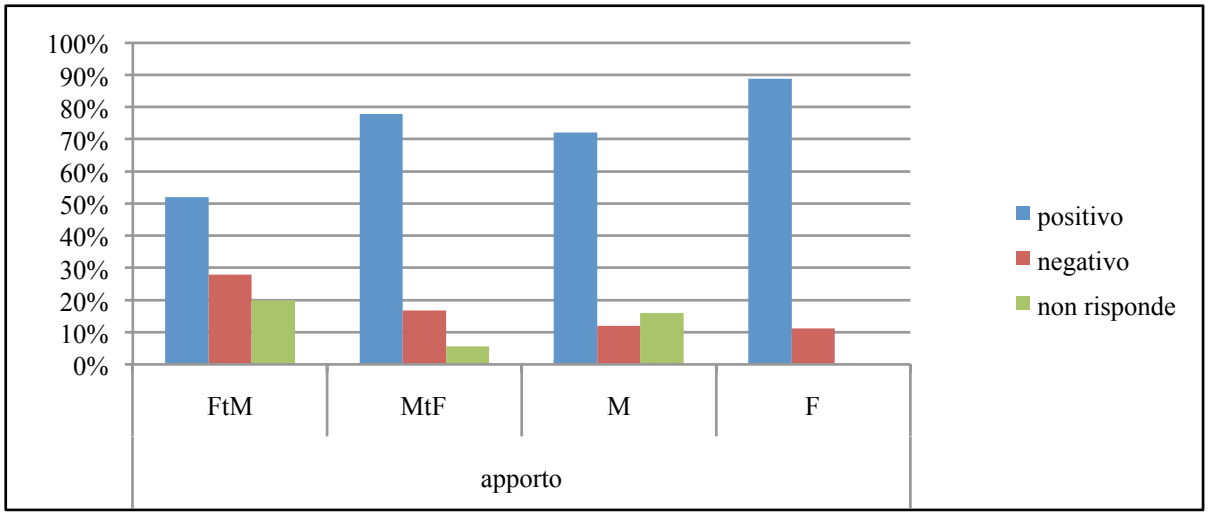



*Grafico 25.2: Che esperienze ha tratto da queste relazioni?*

L'esperienza tratta dalle relazioni è definita positiva per tutti i gruppi (grafico 25.2); le femmine sono quelle che maggiormente hanno esperito cose positive, seguite dalle MtF, dai maschi e dagli FtM. Questi ultimi sono quelli che maggiormente non hanno risposto alla domanda e che hanno la più alta percentuale di esperienze negative (28%).
Dall'analisi delle relazioni sentimentali significative non emergono differenze statisticamente significative tra i quattro gruppi.

*Relazioni sessuali significative*

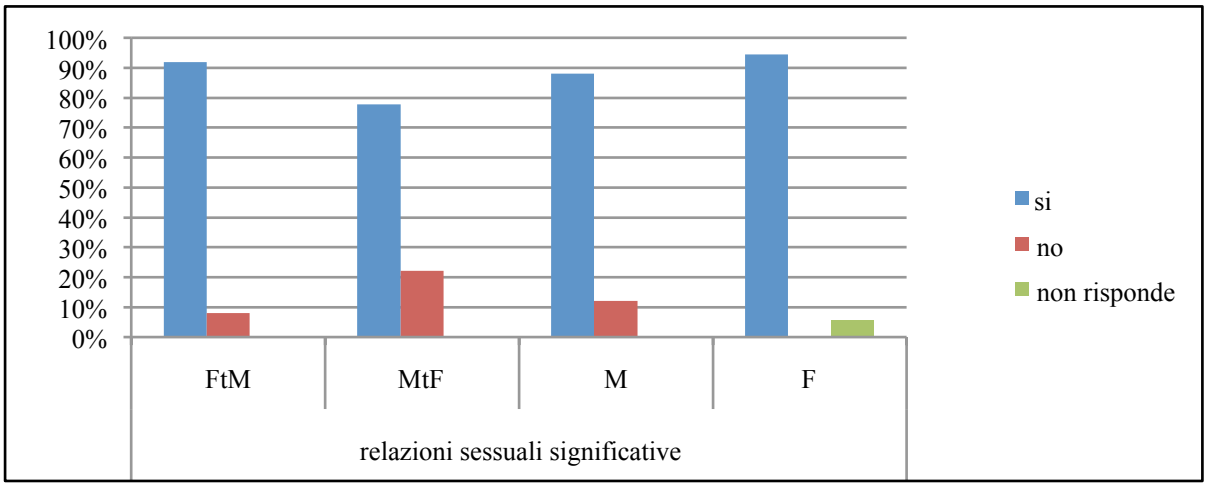



*Grafico 26: Ha avuto relazioni sessuali significative?*

Dal grafico 26 si evince che la maggior parte degli intervistati ritiene di aver avuto relazioni sessuali significative. Il 94% delle femmine ha avuto relazioni importanti, nessuna non ha avuto relazioni importanti e il 6% non risponde; l'88% dei maschi ha avuto relazioni importanti, il 12% non ne ha avute e tutti hanno risposto alla domanda. Il campione transessuale vede il 92% degli FtM avere relazioni significative, mentre l'8% non ne ha avute;

il 78% delle MtF riportano la positività delle relazioni, mentre il 22% non ne ha buona considerazione.

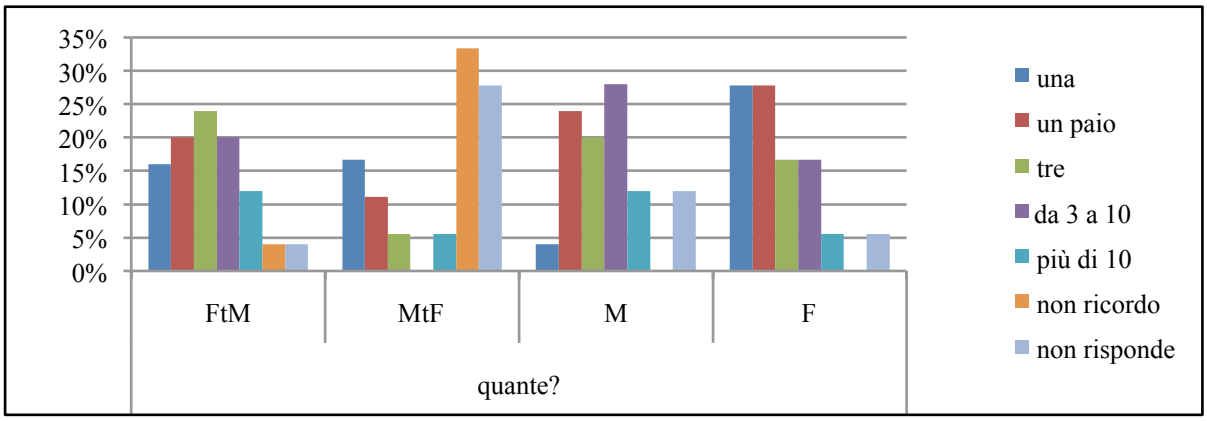



*Grafico 26.1: Quante?*

Dal grafico 26.1 si può notare la varietà delle risposte inerenti alla quantità di relazioni sessuali instaurate. Dalle risposte dei maschi emerge che il 24% ha avuto un paio di relazioni significative e il 28% ne ha avute da tre a dieci, il 12% non risponde alla domanda; nel gruppo delle femmine invece il 28% ha avuto una o un paio di relazioni importanti e il 6% non risponde alla domanda. Il 24% della popolazione FtM dice di aver avuto tre relazioni sessuali importanti, il 20% un paio e da tre a dieci; non risponde il 4%. Dopo l'esame delle risposte della popolazione MtF è emerso che la maggior parte di loro (33%) non ricorda quante relazioni sessuali significative ha avuto e il 28% non risponde. Di quelle che hanno risposto il 16% dichiara di aver avuto una relazione significativa.

Si rilevano differenze statisticamente significative e i quattro gruppi: $\chi^2_{(15;\ N=76)}=34{,}555$ $p=$ 003.

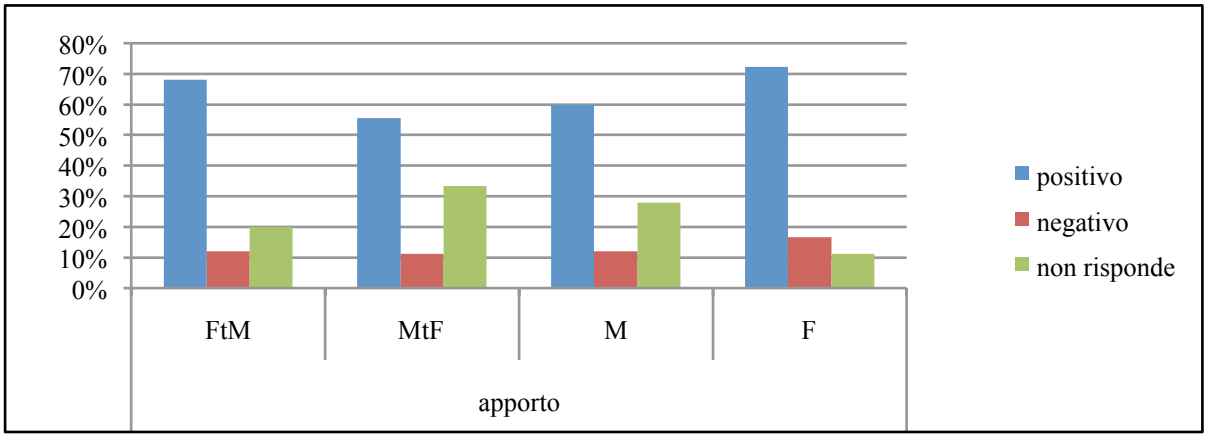



*Grafico 26.2: Che esperienze ha tratto da queste relazioni?*

La maggioranza degli intervistati reputa positivo l'apporto delle relazioni che ha avuto, in particolare il 71% delle femmine, il 69% degli FtM, il 59% dei maschi e il 55% delle MtF.
Il 18% delle femmine attribuisce un valore negativo e il 33% delle MtF , il 28% dei maschi e il 18% degli FtM non rispondono alla domanda (Grafico 26.2).

*Innamoramenti*

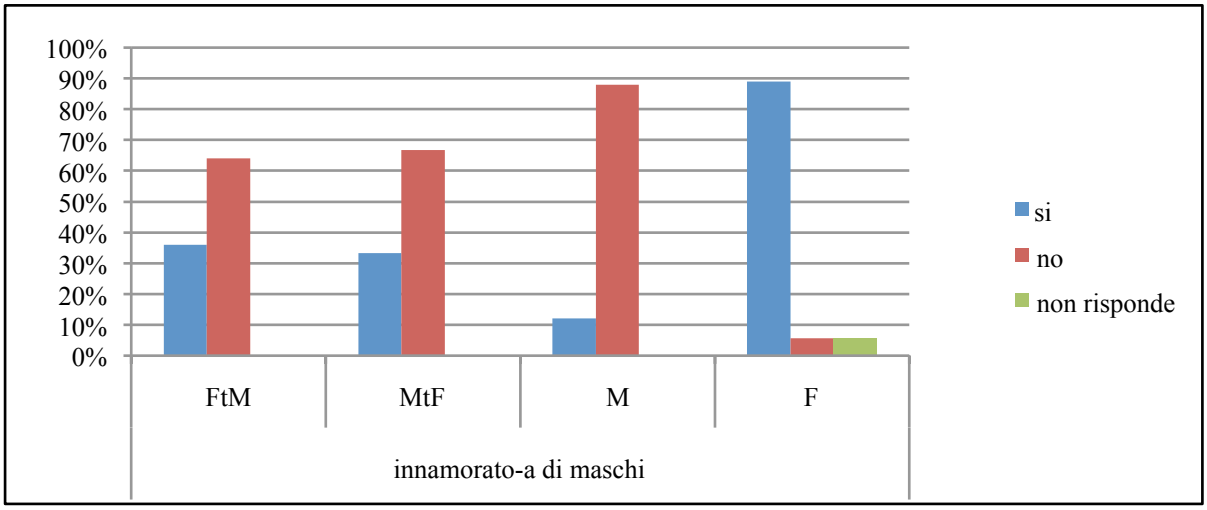



*Grafico 27: Si è mai innamorato-a di persone di sesso maschile?*

Come si può notare dal grafico 27, le risposte del gruppo di controllo sono polarizzate: quelle dei maschi per il 88% nel "no" e quelle delle femmine 88% "si". Il 12% dei maschi ha risposto affermativamente come il 6% delle femmine.
Anche le risposte del gruppo sperimentale sono polarizzate, ma meno rispetto al gruppo di controllo: il 36% degli FtM dichiara di essersi innamorato di maschi, cosi come il 33% delle MtF.
La maggioranza delle persone transessuali ha risposto negativamente alla domanda: il 64% degli FtM e il 67% delle MtF.
Si nota una differenza statisticamente significativa tra gli innamoramenti per il maschi e i quattro gruppi: $\chi^2_{(3;N=85)}= 29{,}412$ $p= 001$.

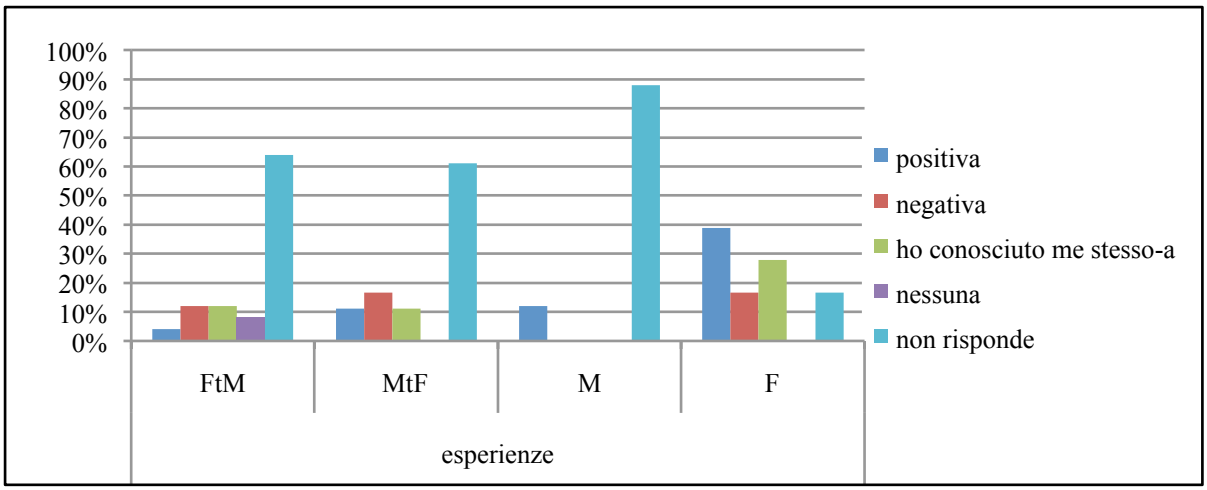



*Grafico 27.1: Quale esperienza ha tratto da quei rapporti?*

Come si può notare dal grafico 27.1, la maggioranza dei maschi non ha risposto alla domanda, eccetto il 12% che ritiene l'esperienza dell'innamoramento positiva. La maggior parte delle femmine reputa l'esperienza positiva (40%) e di aver potuto conoscere se stesse (38%). Anche il 60% delle persone transessuali non hanno risposto alla domanda, e tra coloro che lo hanno fatto, la maggior parte reputa l'esperienza negativa (12% FtM e 17% MtF.

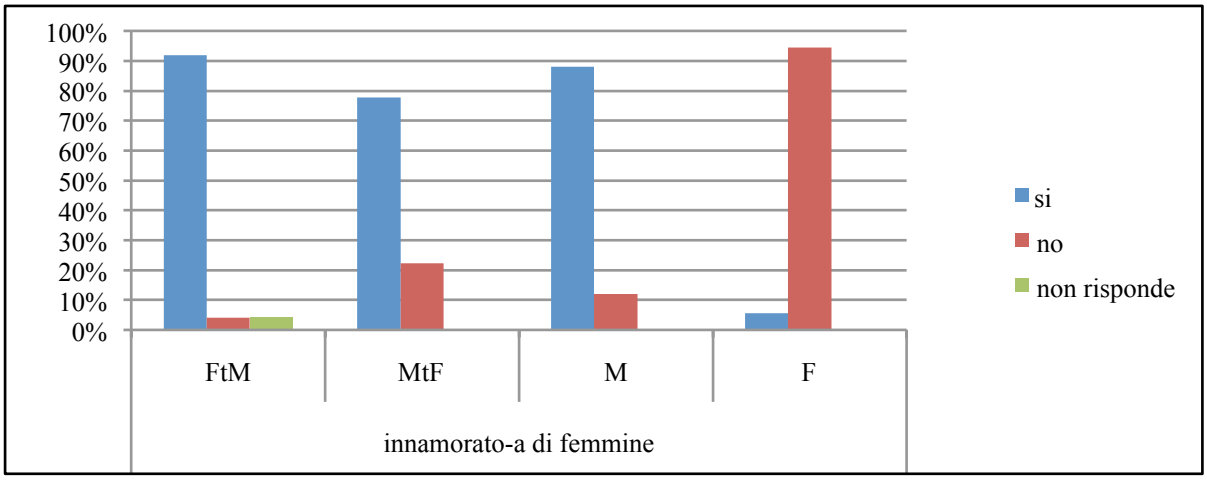



*Grafico 28: Si è mai innamorato-a di persone di sesso femminile?*

Dal grafico 28 si evince che più del 90% delle femmine risponde in modo negativo alla domanda, solo il 6% risponde di si e quindi sembra che abbia avuto un'esperienza omosessuale.

Si nota inoltre che le risposte dei maschi, degli FtM e MtF sono simili tra loro: gli FtM hanno risposto in modo affermativo per il 92%, i maschi per l'88% e le MtF per il 78%.

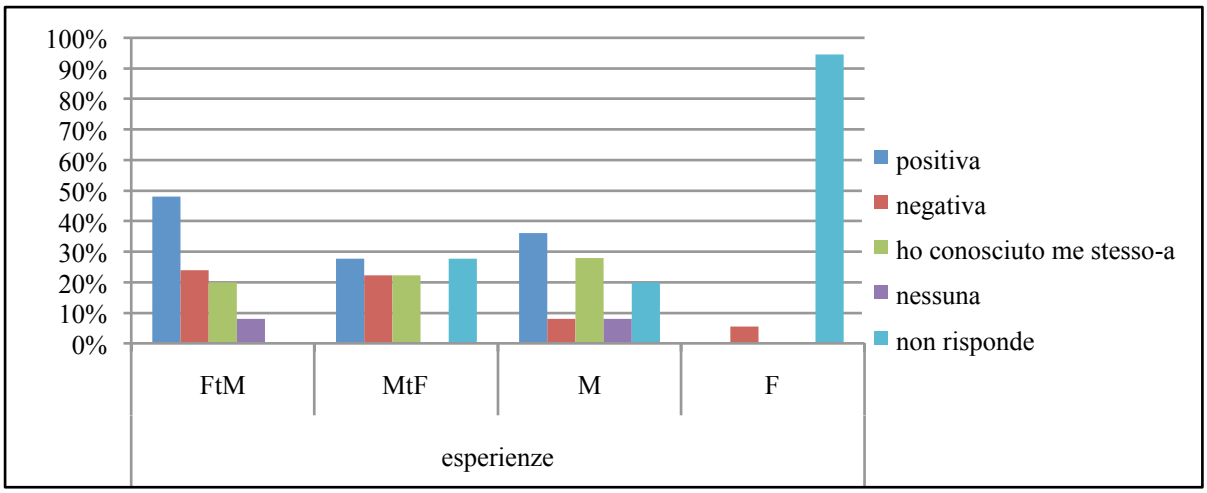



*Grafico 28.1: Quale esperienza ha tratto da quei rapporti?*

Come si può notare dal grafico 28.1, la maggioranza delle femmine non ha risposto alla domanda. La maggior parte dei maschi reputa l'esperienza positiva (35%) e di aver potuto conoscere se stessi (28%). Le persone FtM reputano l'esperienza positiva per il 48%.
Il 20% delle persone transessuali dichiarano di aver conosciuto se stesse con le loro relazioni sessuali, infine, più del 20% delle persone transessuali reputa l'esperienza negativa.

*Progetti futuri*

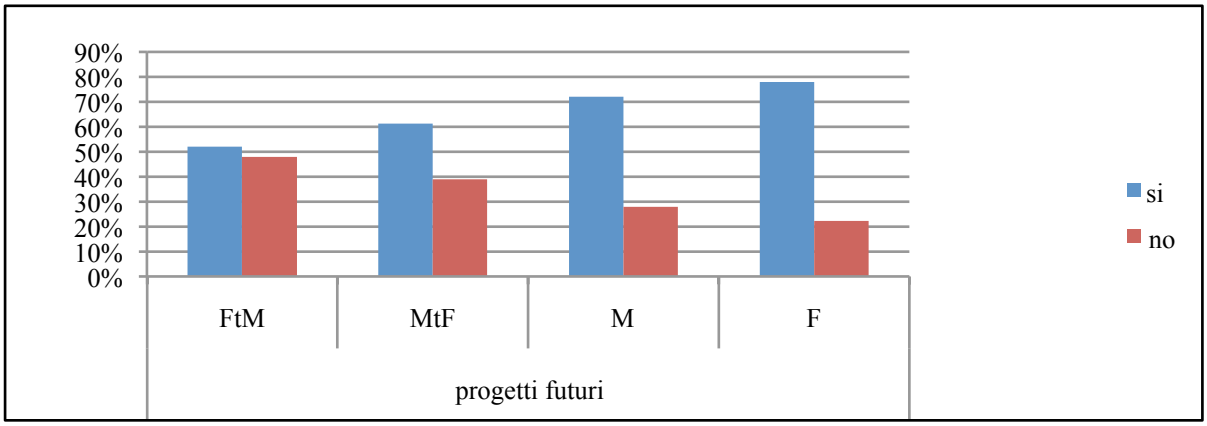



*Grafico 29: Attualmente ha dei progetti?*

La maggior parte degli intervistati fa emergere (Grafico 29) che avrebbe dei progetti per il proprio futuro. Gli FtM seguiti dalle MtF sarebbero quelli che ne avrebbero di meno.
Dal *test Chi Quadrato* non emergono differenze statisticamente significative.

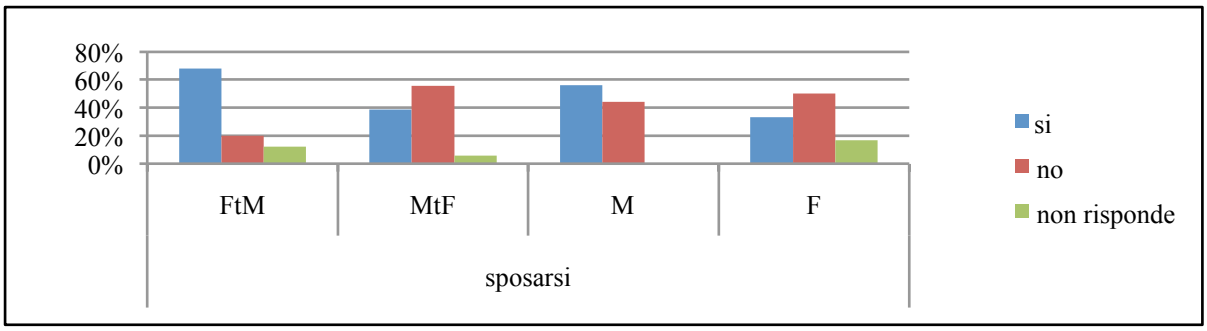



*Grafico 30: Intende sposarsi?*

Come si può notare dal grafico 30, i maschi e gli FtM vogliono sposarsi, le femmine e le MtF no. Dal *test Chi Quadrato* emerge una tendenza alla significatività: $\chi^2_{(3;N=79)}=7{,}102$ $p= 0069$.

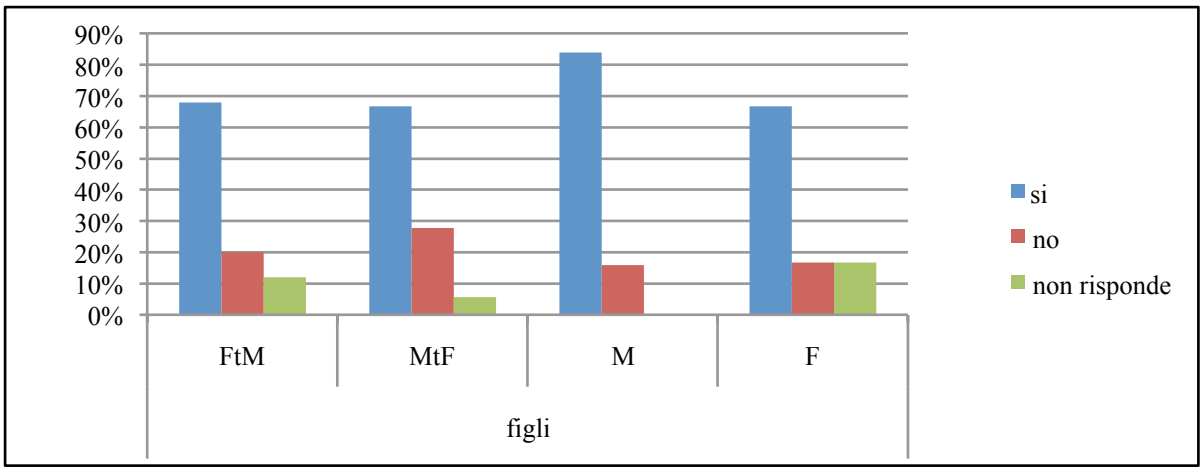



*Grafico 31: Desidera dei figli?*

Come emerge dal grafico 31, la maggior parte degli intervistati vorrebbe dei figli, le MtF sarebbero quelle che meno li vogliono. Dal *test Chi quadrato* non emergono differenze statisticamente significative.

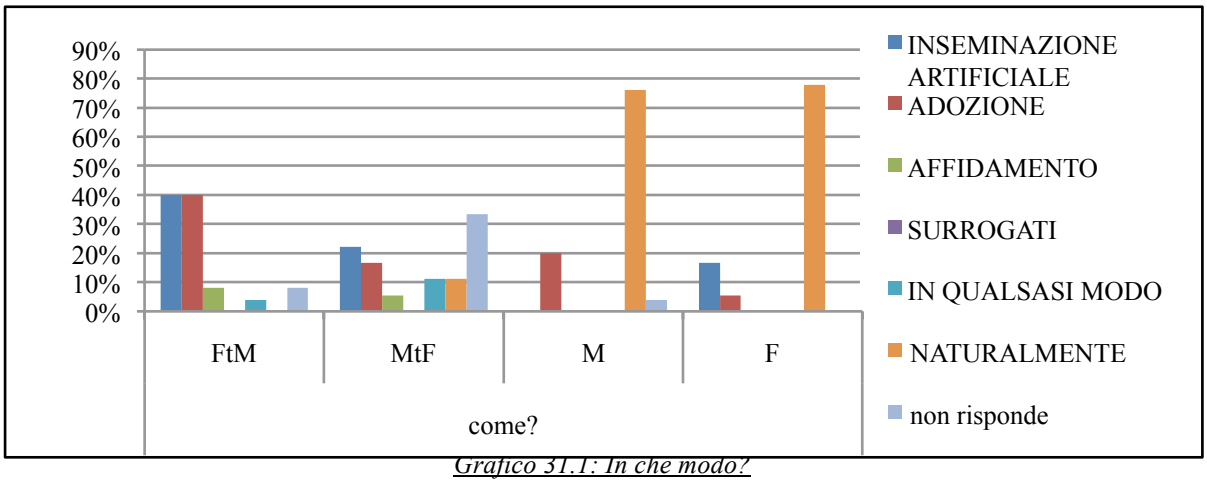



*Grafico 31.1: In che modo?*

Si può notare come le risposte siano molto diverse nei quattro gruppi: gli FtM dichiarano di voler figli mediante l'inseminazione artificiale o l'adozione, cosi come le MtF, anche se queste ultime dichiarano di volerli anche in modo naturale. Per i maschi invece si nota come vorrebbero figli naturalmente o mediante l'adozione; le femmine li vorrebbero naturalmente e mediante l'inseminazione artificiale.

***Evoluzione dell'identità nel campione sperimentale***

*Eziologia*

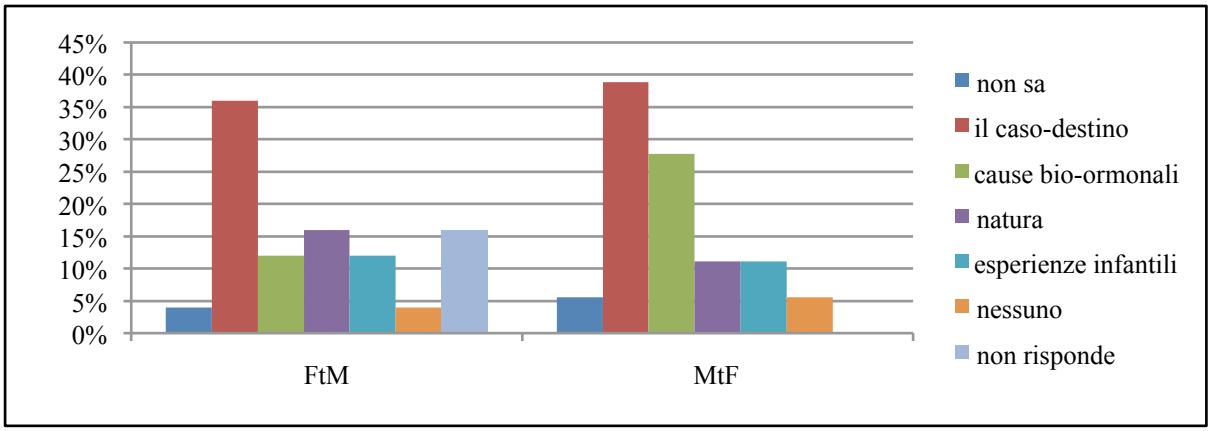



*Grafico 32: quale di questi avvenimenti ritiene che abbiano determinato la sua storia attuale?*

Dal grafico 32 emerge che la maggioranza delle persone transessuali viva il proprio modo di essere come una cosa voluta dal destino o dal caso, senza un disegno specifico.

Il 26% delle MtF ritiene che sia per cause biologico-ormonali, mentre il 15% degli FtM che sia stato determinato dalla natura; da notare che il 10% delle risposte di entrambi i gruppi ritengono che sia dovuto ad esperienze vissute durante l'infanzia.

Solo il 5% del campione non sa darsi una risposta in merito.

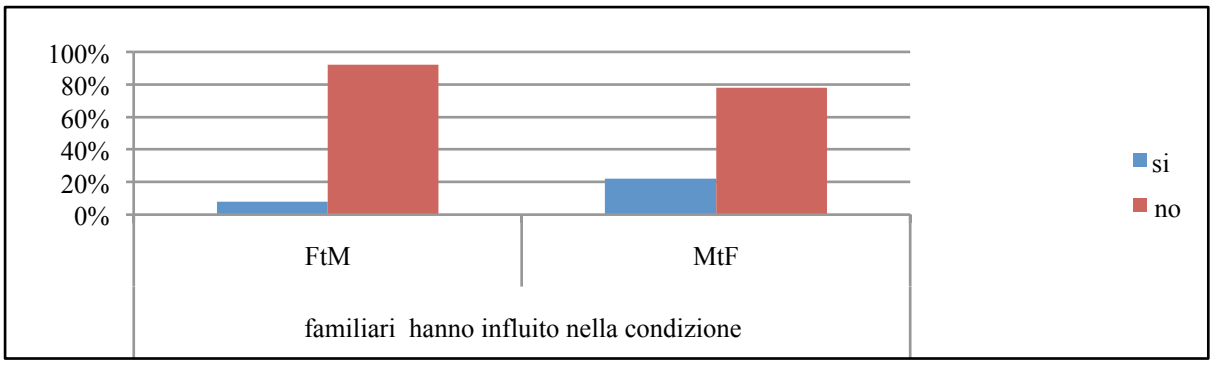



*Grafico 33: Secondo Lei i suoi familiari hanno influito nello sviluppo della sua condizione?*

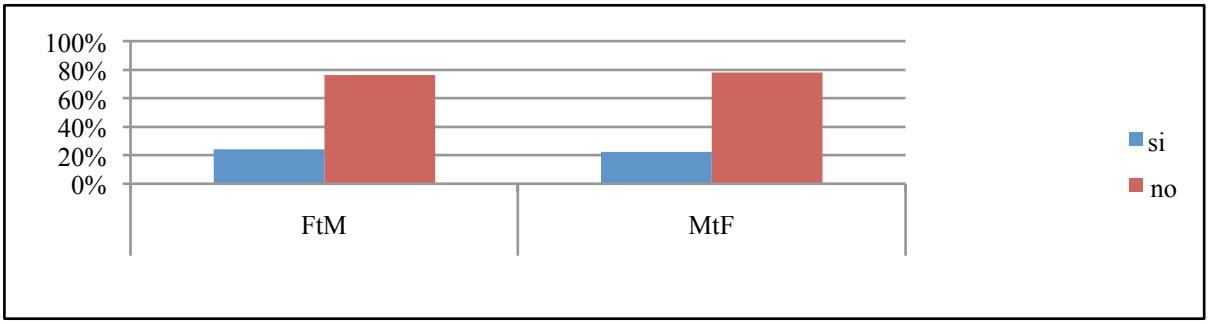



*Grafico 33.1: Secondo Lei l'educazione ricevuta ha influito nello sviluppo della sua condizione?*

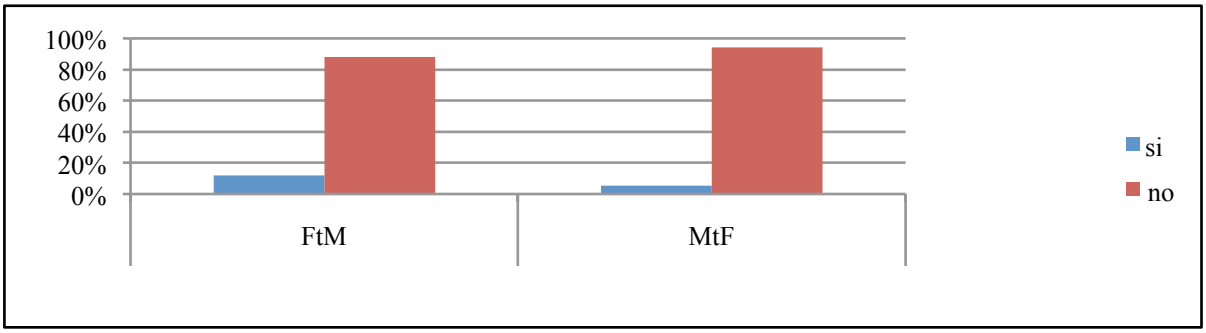



*Grafico 33.2: Secondo Lei gli studi effettuati hanno influito nello sviluppo della sua condizione?*

Come si può vedere dai grafici 33, 33.1 e 33.2, le persone transessuali intervistate hanno risposto alle domande prevalentemente negando l'esistenza di un collegamento tra i familiari, l'educazione ricevuta e gli studi effettuati con il loro modo di essere.

*Modo di vestire e giochi usati durante l'infanzia*

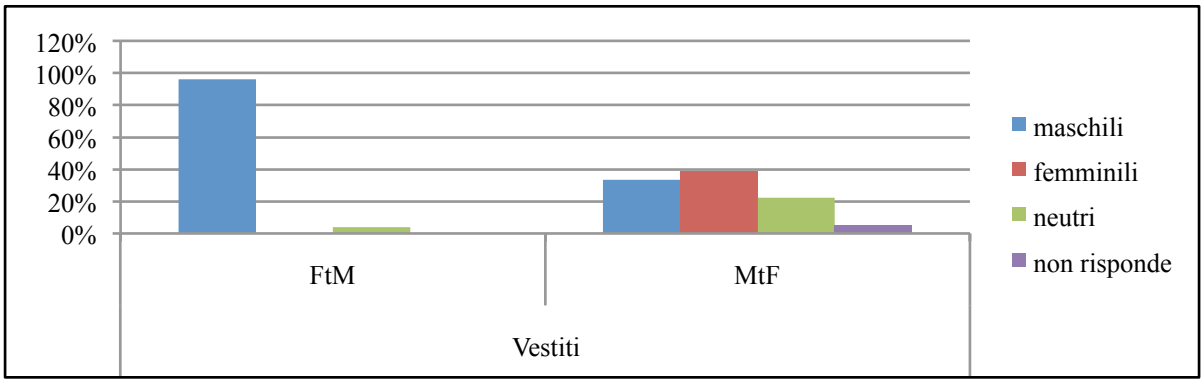



*Grafico 34: Quando era piccolo-a come voleva vestirsi?*

Dal grafico 34 si evince una forte differenza tra il modo di vestire dei transessuali maschi e femmine durante in periodo infantile.

Si nota come le risposte degli FtM siano quasi totalmente polarizzate: il 96% dichiara che già da bambino indossava indumenti prettamente maschile, mentre lo 0% dichiara di aver fatto uso di indumenti femminili.

Diverse sono le risposte delle MtF: il 33% dichiara di aver indossato vestiti femminili e il 39% vestiti maschili, il 22% dice di essersi vestito in modo neutro, ossia in un modo reputabile ne maschile ne femminile.

Si può notare la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi di transessuali: $\chi^2_{(2;N=35)}=14{,}044$ $p= 001$.

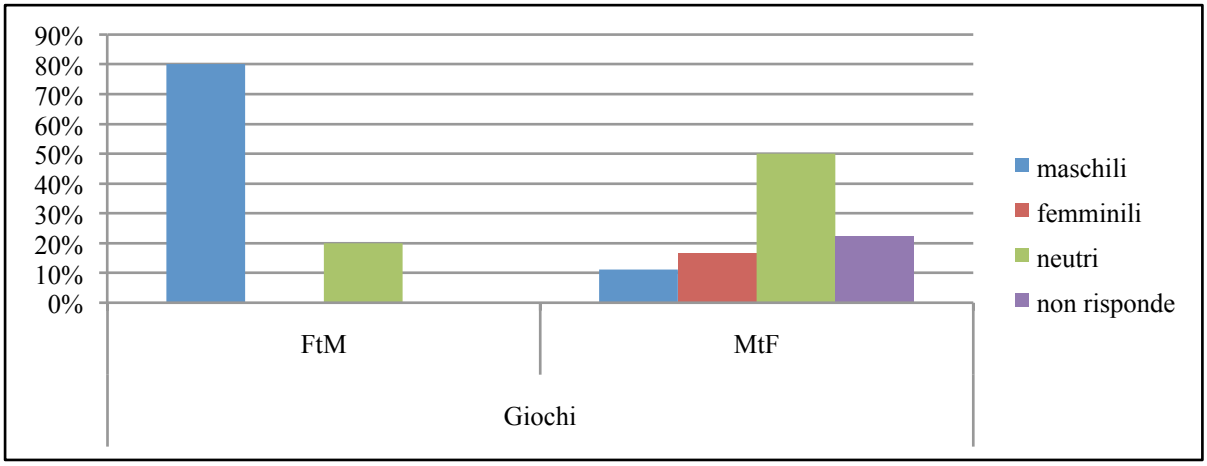



*Grafico 35: Durante la sua infanzia quali giochi o attività preferiva?*

Anche dal questo grafico 35, si evince una vera e propria polarizzazione nelle risposte degli FtM: l'80% dichiara di aver prediletto, durante l'infanzia, giochi e attività prevalentemente maschili, il 0% quelli femminili e e il 20% neutri.

Differentemente le transessuali MtF prediligevano i giochi neutri per il 50%, i giochi femminili per il 18% e quelli maschili per l'11%. Da notare che il 20% delle MtF non risponde alla domanda. Emerge una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi e i giochi utilizzati: $\chi^2_{(2;N=39)}=17{,}130$ $p= 001$.

*Conoscenza di un'altra persona transessuale*

Altra area d'indagine per i transessuali è quella relativa alla conoscenza di persone che abbiano effettuato la rassegnazione chirurgica del sesso.

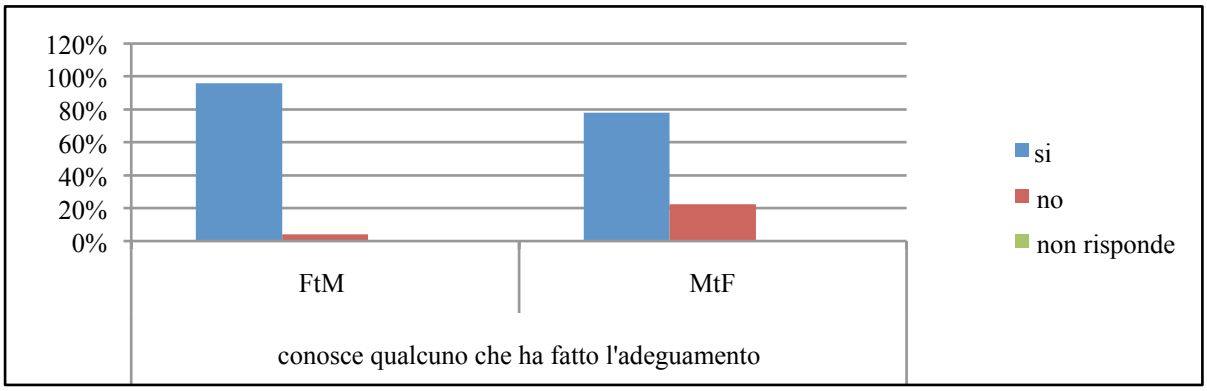



*Grafico 36: Conosce qualcuno che ha effettuato l'adeguamento tra identità fisica e psichica?*

Dal grafico 36 si può notare che la maggior parte delle persone transessuali conosce qualcuno che ha effettuato la riattribuzione chirurgica, un numero molto minore non conosce nessuno che ha effettuato la pratica, nessuno non risponde.

Si nota una tendenza alla significatività: $\chi^2_{(1;N=43)}= 3{,}382$ $p= 066$.

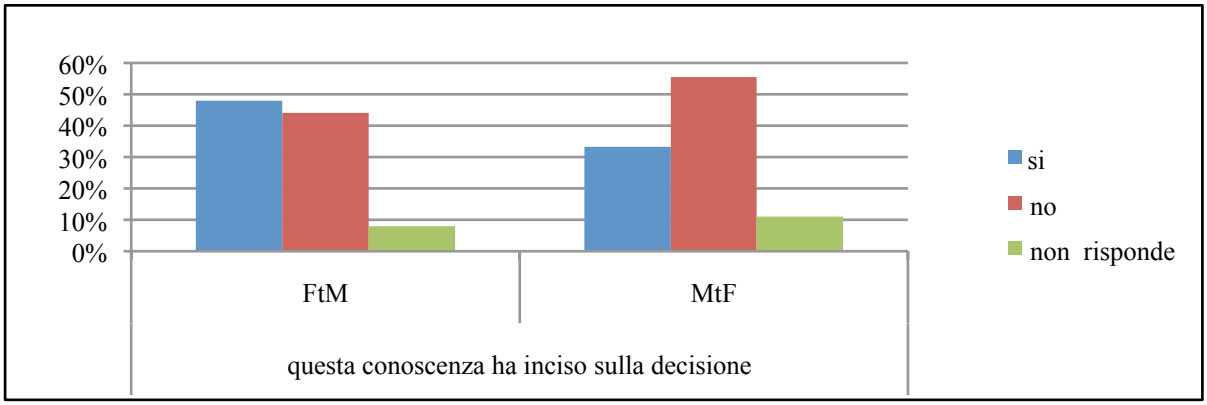



*Grafico 37: Questa conoscenza ha inciso sulla Sua decisione?*

In questo grafico numero 37, si può notare come vi sia differenza tra gli FtM e le MtF: i primi dichiarano che conoscere qualcuno che ha effettuato la rassegnazione chirurgica ha inciso

nella loro decisione; al contrario le MtF dichiarano che la conoscenza di qualcuno che ha effettuato l'intervento non ha inciso nella loro decisione.

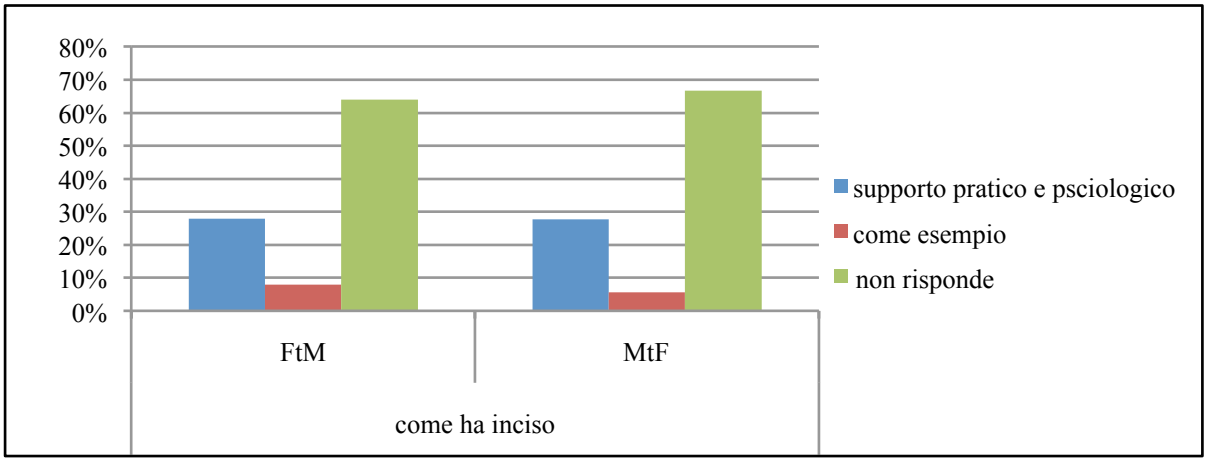



*Grafico 37.1: Come ?*

Dal grafico 37.1 emerge che la maggior parte del campione non risponde alla domanda, di quelli che hanno risposto, il 28% dichiara che quella conoscenza ha fornito supporto pratico e psicologico, mentre per pochi quella persona è stata un esempio.

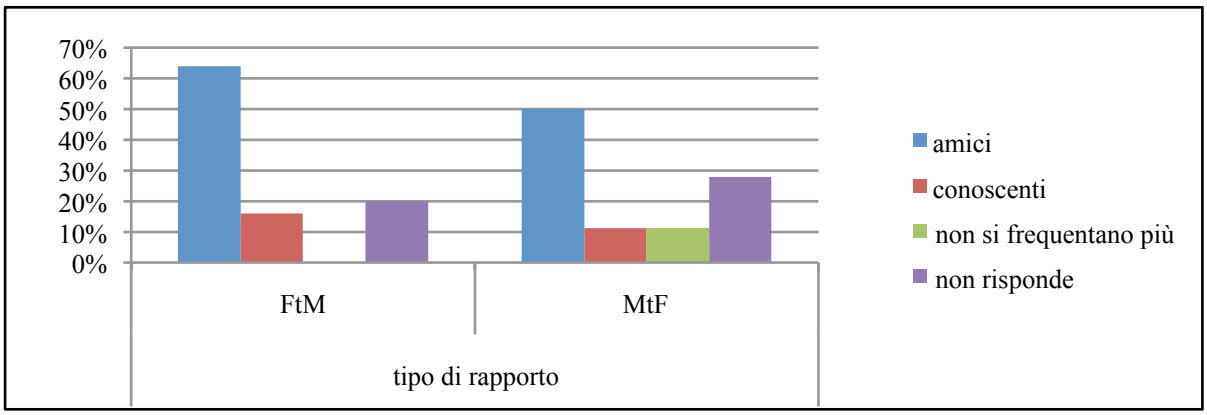



*Grafico 38: In che rapporti è con questa persona?*

La maggior parte dichiara di avere rapporti di amicizia con tale conoscenza (Grafico 38), 50% per MtF e 65% FtM e il 20-30% non risponde alla domanda.

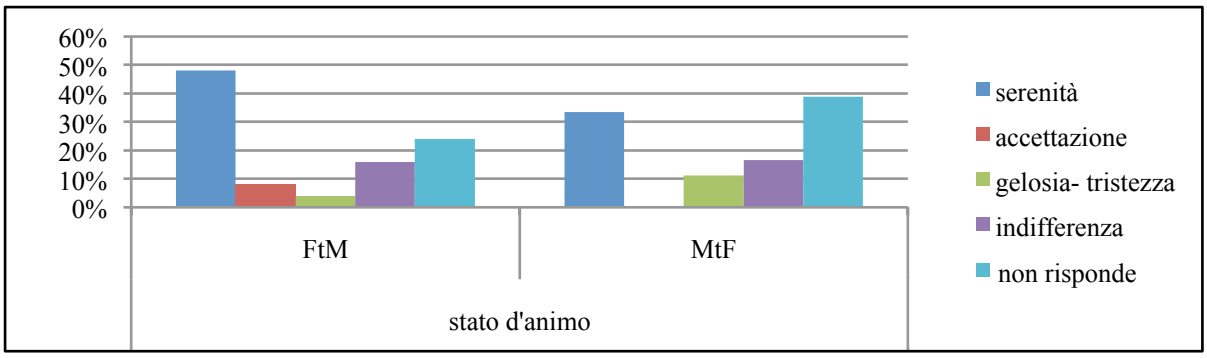



*Grafico 39: Che stato d'animo Le provoca questa persona?*

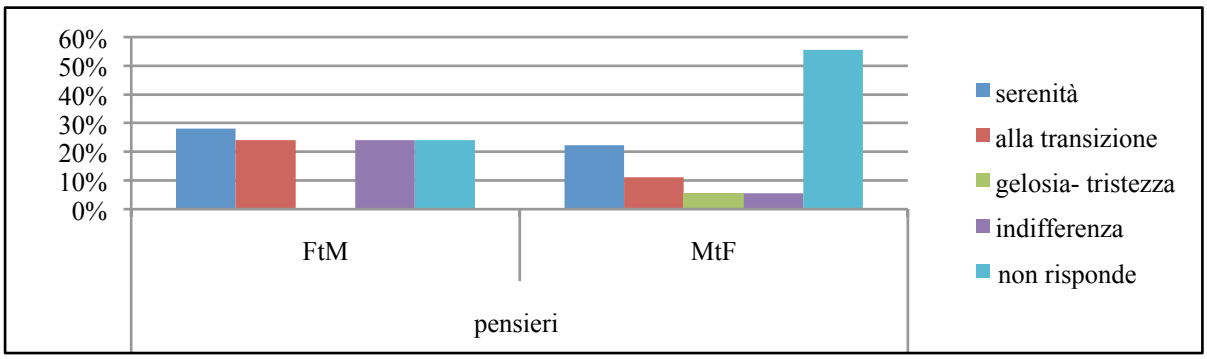



*Grafico 40: Cosa pensa quando è con questa persona*

Dal grafico 39 emerge che lo stato d'animo più provato, da entrambi i gruppi, nei confronti della persona che ha già svolto la rassegnazione chirurgica è quello di serenità; mentre dal grafico 40 si nota che la maggior parte degli FtM ha pensieri sereni su questa persona, il 50% delle MtF invece non risponde alla domanda.

***Aspetti relazionali del campione sperimentale***

*Colleghi di lavoro*

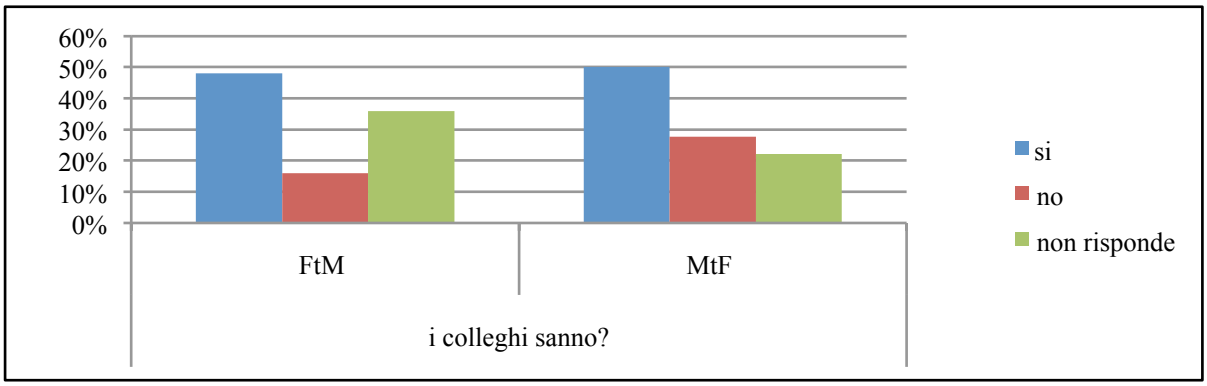



*Grafico 41: I Suoi colleghi di lavoro sono a conoscenza della sua decisione?*

Il 50% dei transessuali, sia FtM sia MtF dice che i colleghi di lavoro sono a conoscenza del percorso che stanno per intraprendere (Grafico 41).

Da notare le non risposte: 36% per gli FtM e 22% per le MtF.

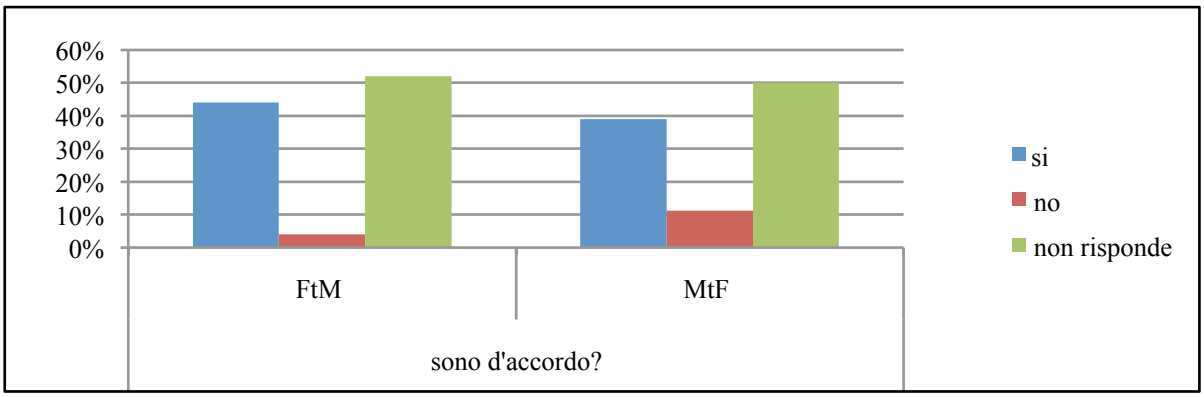



*Grafico 41.1: Se sono a conoscenza, sono d'accordo?*

Dal grafico 41.1 emerge che il 50% del gruppo dei transessuali non risponde a questa domanda, delle persone che rispondono, più del 40%, lo fa in modo affermativo.

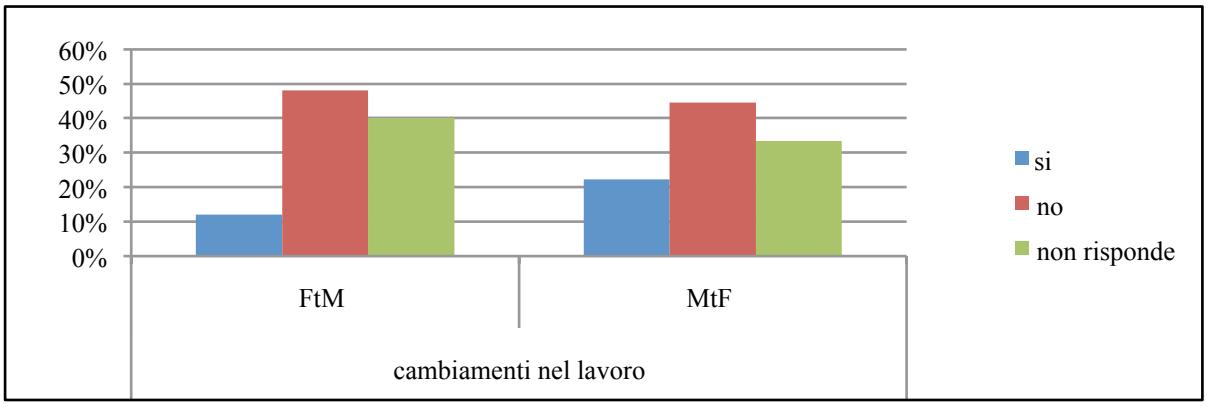



*Grafico 42: Il Suo adeguamento causerebbe cambiamenti nel Suo lavoro?*

La maggior parte del campione risponde negando che ci saranno cambiamenti nel loro lavoro (grafico 42), ma anche in questa domanda si nota un'alta percentuale di non risposte (superiore al 30%).

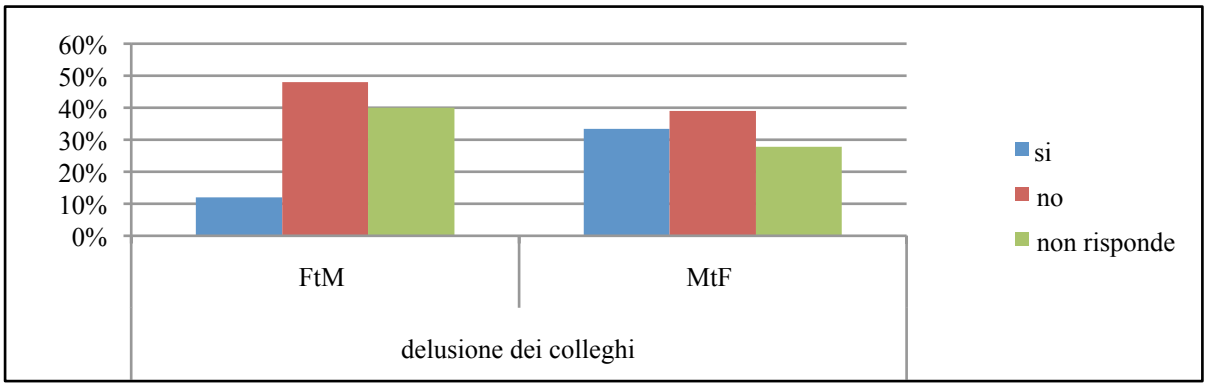



*Grafico 43: I colleghi di lavoro sarebbero delusi dell'adeguamento tra identità fisica e psichica?*

Si nota dal grafico 43 che la maggior parte degli intervistati ritiene che l'adeguamento che andranno a fare non deluderebbe i colleghi di lavoro, nonostante ciò vi è un'alta percentuale di non risposte.

*Partner*

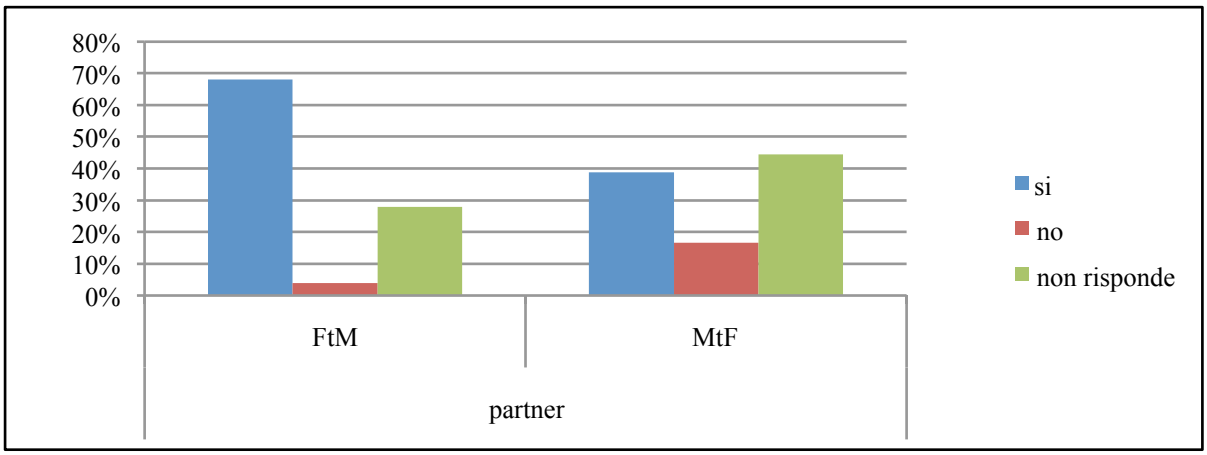



*Grafico 44: Il-la suo-a partner è a conoscenza della sua decisione?*

Dal grafico 44 si evince che la maggior parte dei partner delle persone FtM è a conoscenza della situazione (68%) e il 39% delle MtF. Il 45% di queste ultime non risponde alla domanda. Dal grafico si può dedurre che il 18% delle MtF e il 4% degli FtM sostengono che il-la partner non sa della loro decisione.

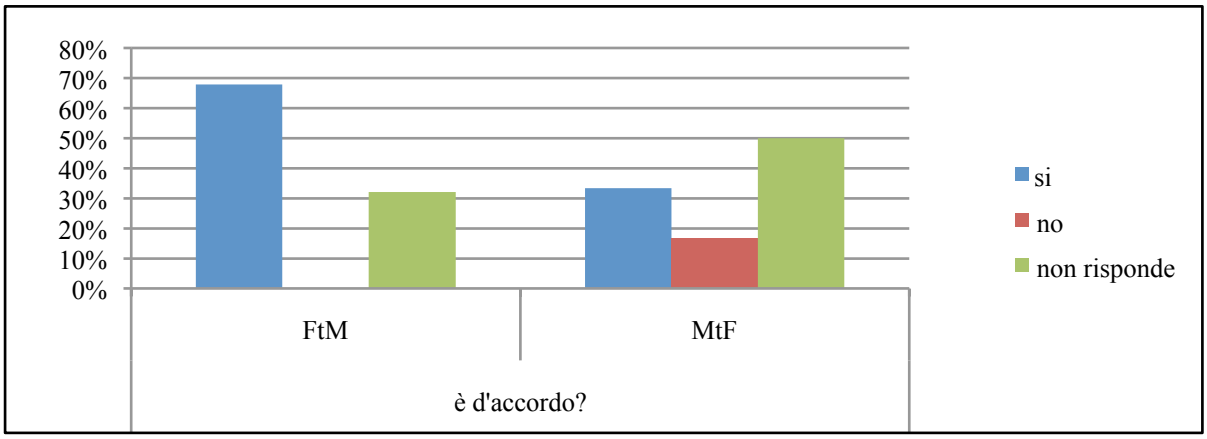



*Grafico 44.1: Se si, è d'accordo?*

Dal grafico 44.1 si evince che il 68% degli FtM ritiene che il partner concordi con la loro decisione, mentre la maggior parte delle MtF non risponde. Anche per la popolazione FtM c'è il 30% di non risposte. Dal test Chi Quadrato emerge una differenza statisticamente significativa: $\chi^2_{(1;N=26)}= 6{,}406$ $p= 011$.

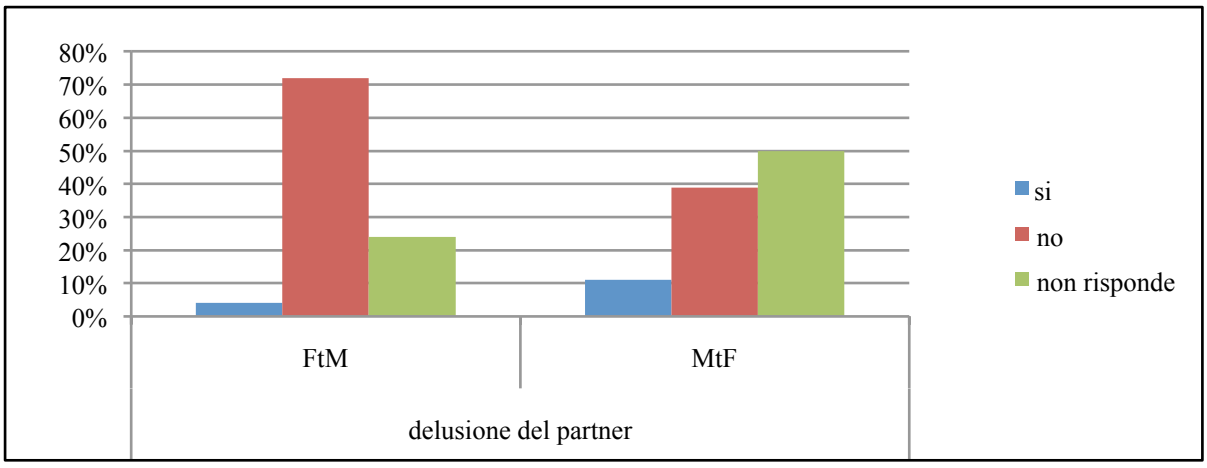



*Grafico 44.2: Il-la suo-a partner sarebbe deluso-a del suo adeguamento tra identita' fisica e psichica?*

Dal grafico 44.2 emerge che per gli FtM non ci sarà delusione da parte del partner, così come per una parte delle MtF, anche se la maggioranza non risponde.

*Percezione dei familiari durante l'evoluzione dell'identità della persona transessuale*

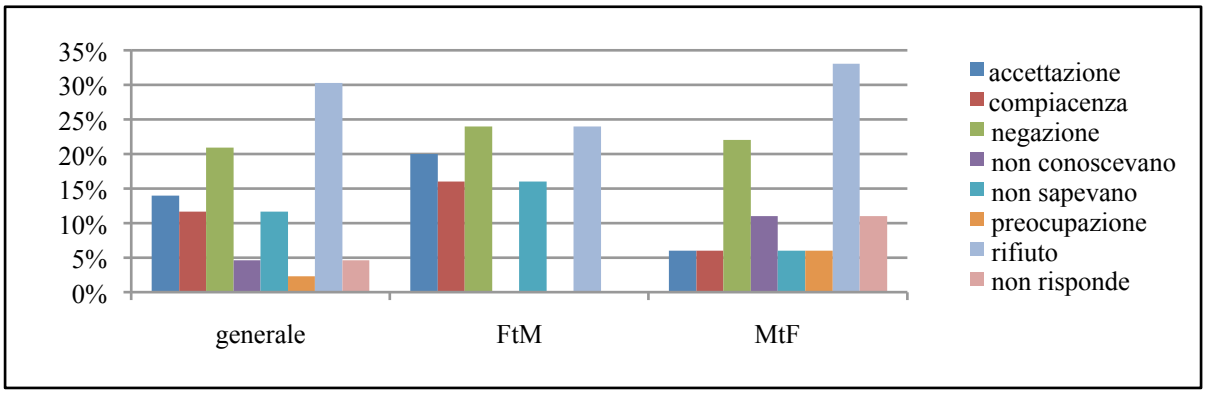



*Grafico 45: Come veniva accolta dai suoi familiari la sua percezione di sé?*

Nel grafico 45 cui sopra, si possono vedere le modalità con cui la famiglia di origine si approcciava con le persone transessuali cui abbiamo somministrato il questionario.

Dall'analisi delle risposte aperte sono emerse le seguenti modalità: accettazione, compiacenza, negazione, non conoscenza (del fenomeno), non sapere (la verità), preoccupazione e rifiuto.

Nel dettaglio, entrambi i gruppi, hanno percepito maggiormente il rifiuto e la negazione, e in misura minore l'accettazione e la compiacenza.

Per quanto riguarda gli FtM, essi hanno percepito, in misura uguale, rifiuto e negazione, successivamente accoglienza e compiacenza da parte della famiglia; il 16% di loro non avevano rivelato ai familiari il loro modo di essere e che nessuno di questi non conosceva il fenomeno o lo preoccupava.

Per la popolazione MtF si rileva il più alto tasso di rifiuto, seguito dalla negazione e dall'aver tenuto segreta la loro realtà. Un solo 5% di accettazione e compiacenza percepite.

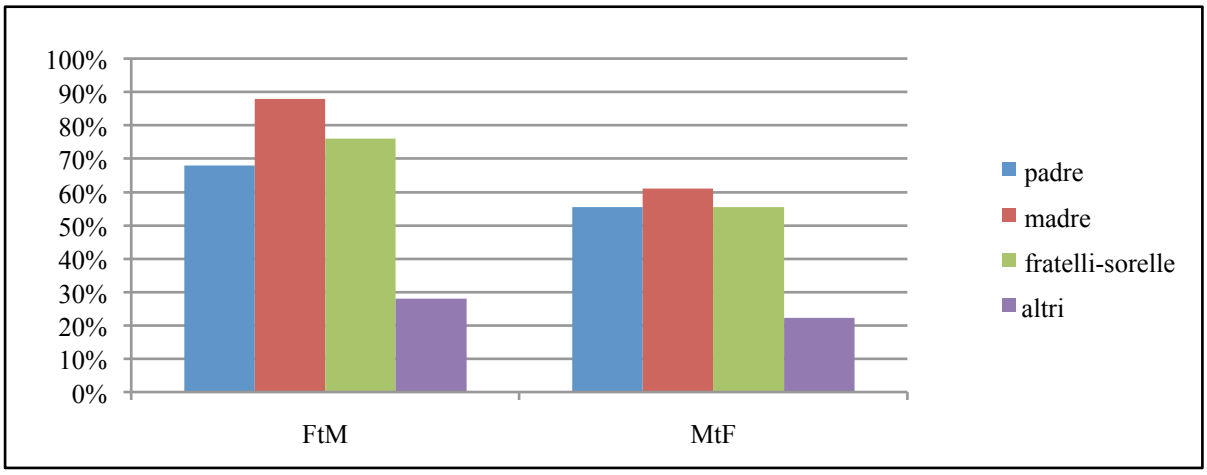



*Grafico 45.1: Da chi?*

La figura familiare citata maggiormente nel grafico 44.1, sia per FtM che per MtF, è la madre, seguita dai fratelli-sorelle per gli FtM , per le MtF dal padre e dai fratelli-sorelle in egual misura.

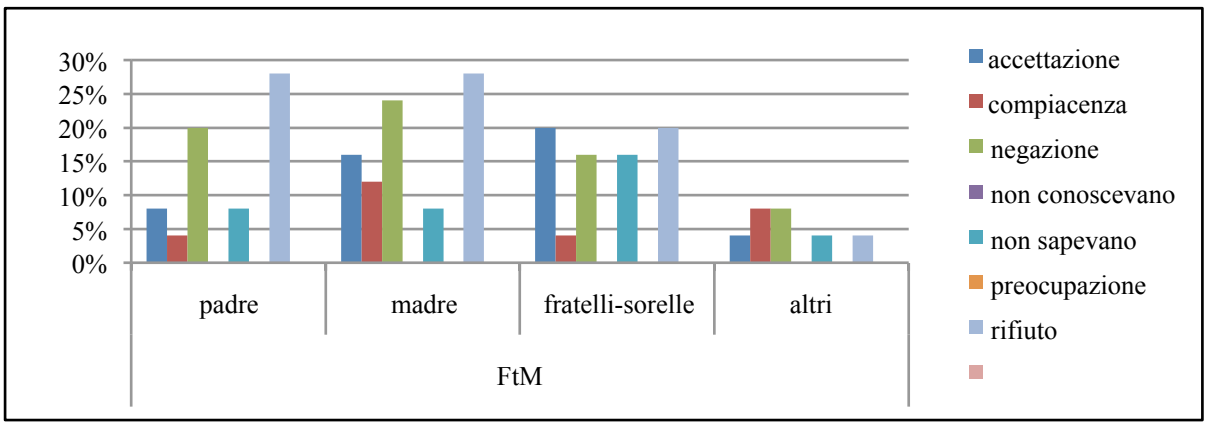



*Grafico 46: Percezione di ciascun familiare- FtM*

Come si può notare nel grafico 46 i picchi più alti di rifiuto (28%) e negazione (24%) sono percepiti maggiormente da parte della figura materna per gli FtM, anche il padre viene percepito per il 28% rifiutante e con i più bassi livelli di accettazione e compiacenza. Queste percezioni positive vengono esperite maggiormente dalla madre e, in particolare l'accettazione, dai fratelli-sorelle. La voce "altri" comprende figure familiari (come nonni, zie, zii e cugini), figura amicali e vicini di casa: come si può vedere i due atteggiamenti predominanti erano quelli di compiacenza e negazione.

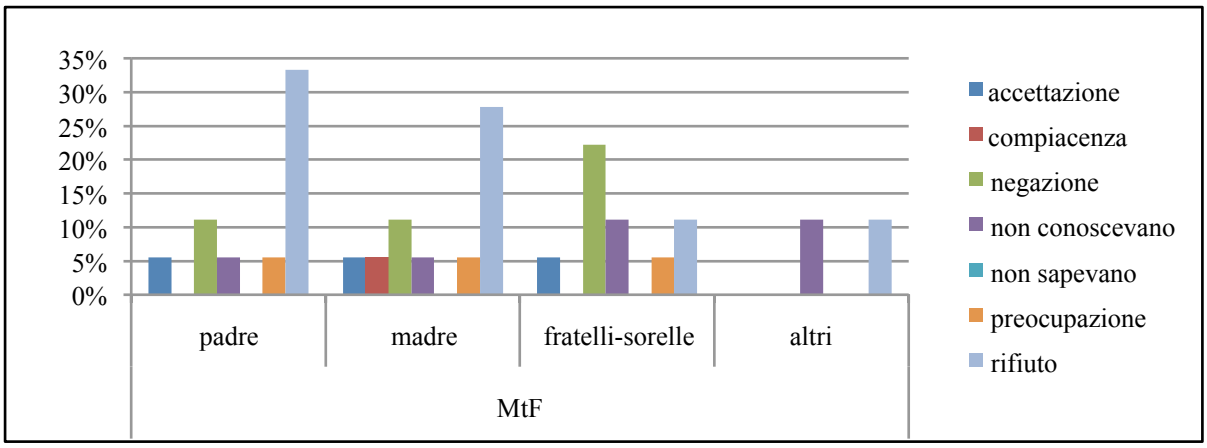



*Grafico 47: Percezione di ciascun familiare- MtF*

Il grafico 47 si riferisce alle percezioni dei famigliari delle persone MtF: il picco più alto è quello inerente al rifiuto da parte sia del padre (33%), che della madre (28%), seguito dalla negazione da parte dei fratelli e sorelle. Gli "altri" esperivano maggiormente rifiuto o non conoscevano il fenomeno.

Per entrambe le popolazioni, la preoccupazione è poco esperita.

*Percezione attuale dei familiari*

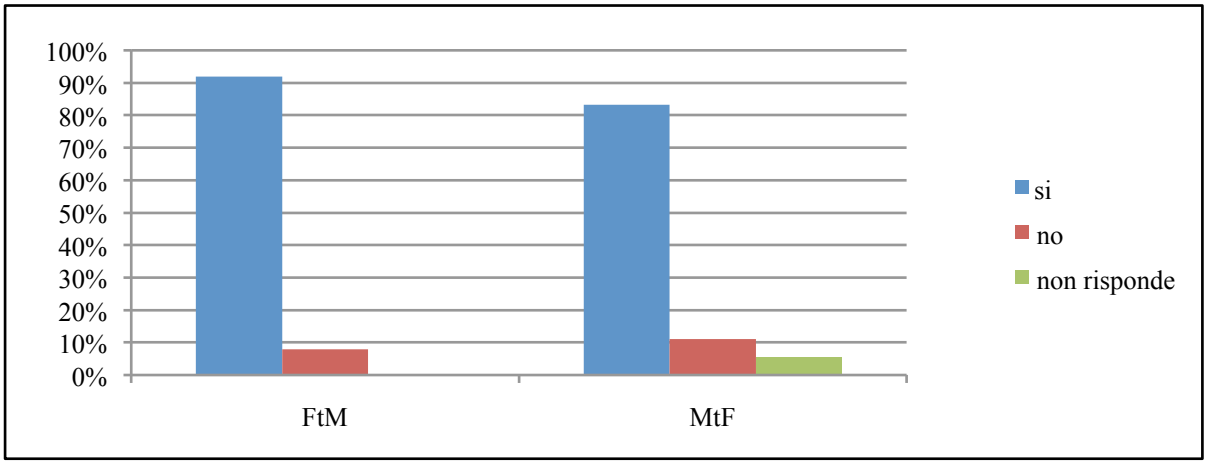



*Grafico 48: La sua condizione è nota ai suoi familiari?*

Come si può notare dal grafico 48 la quasi totalità dei familiari del gruppo dei transessuali è a conoscenza del modo di essere dei loro cari, e del tipo di percorso che hanno deciso di intraprendere. I familiari degli FtM sono più informati rispetto a quella delle MtF.

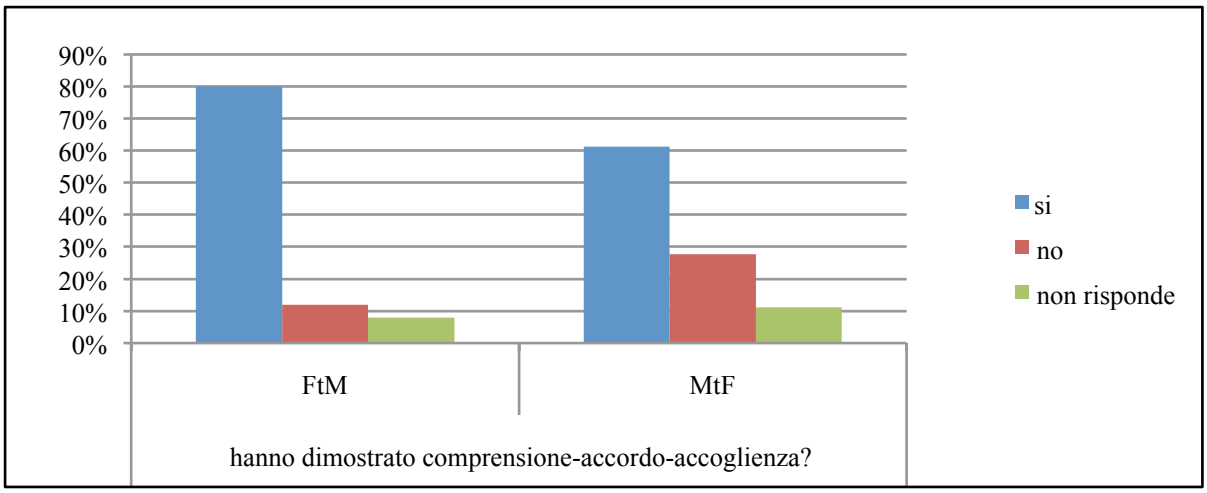



*Grafico 48.1: Hanno dimostrato comprensione-accordo-accoglienza?*

La maggior parte dei familiari avrebbe esperito "comprensione, accordo e accoglienza", sebbene per le MtF in misura inferiore (Grafico 48.1).

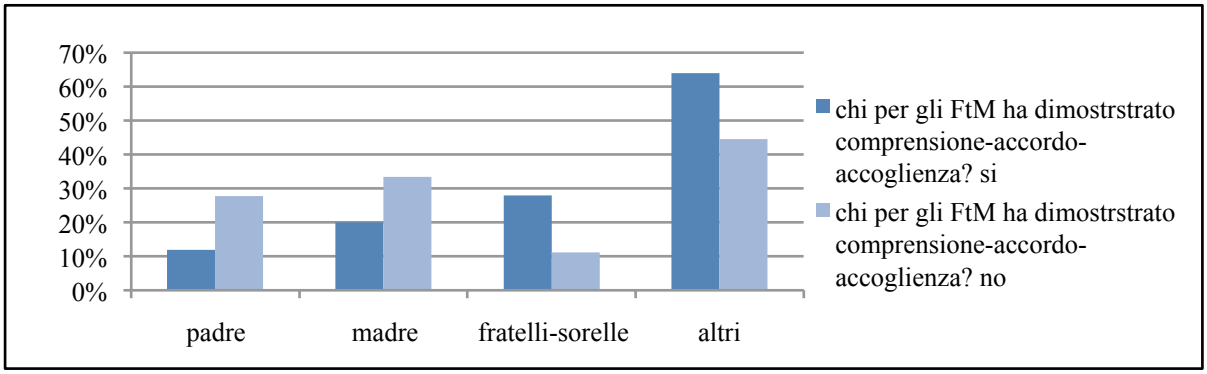



*Grafico 48.2: Chi si? Chi no? FtM*

Dal grafico 48.2 si evince che per gli FtM i familiari che più hanno dimostrato comprensione-accordo e accoglienza sono gli "altri" (ossia nonni, cugini, zie e zii ecc…) per il 64%, seguiti dai fratelli e sorelle (28%) e i genitori. I familiari che non ne hanno dimostrato sono gli "altri" seguiti dalla madre con il 20% e dal padre12%.

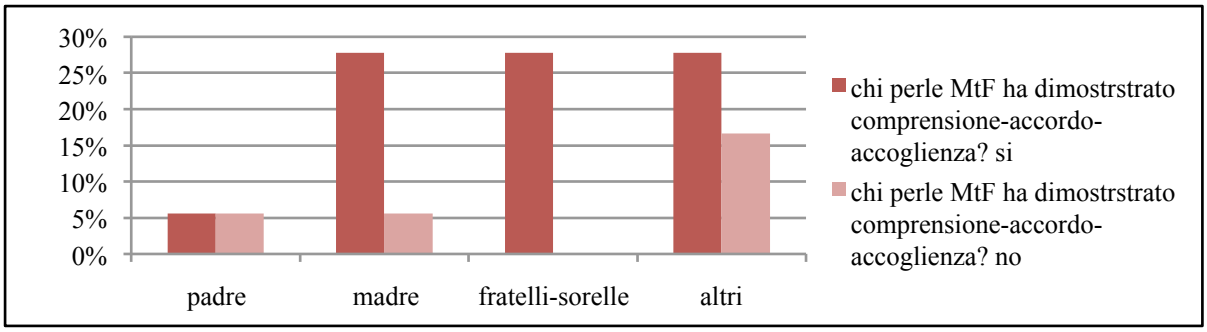



*Grafico 48.3: Chi si? Chi no? MtF*

Per le MtF i familiari che hanno dimostrato comprensione-accordo e accoglienza, con il 28%, si notano gli "altri", i fratelli e sorelle e la madre. Non lo dimostrano maggiormente gli "altri", seguiti dalla madre e il padre (48.3).

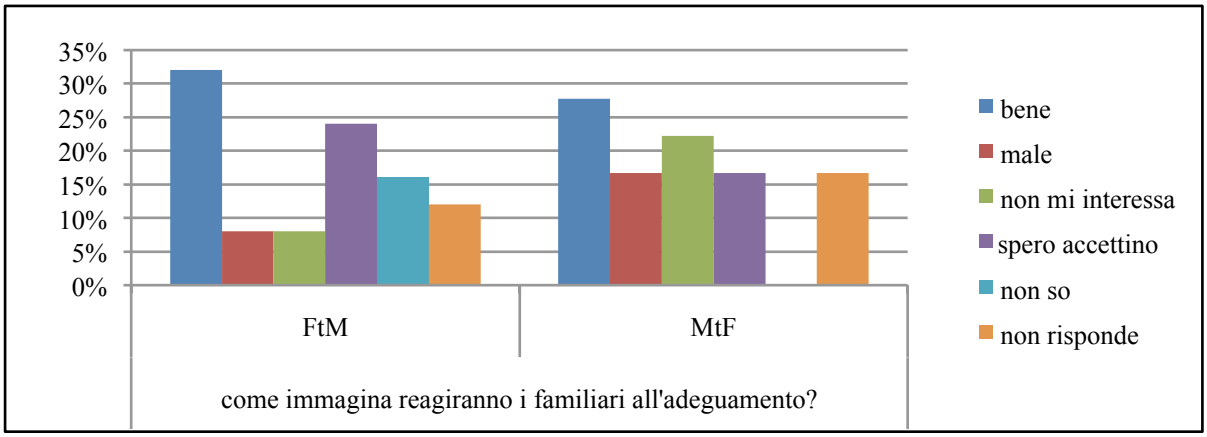



*Grafico 49: Come immagina che reagiranno i familiari all'adeguamento?*

Dal grafico 49 si può notare come, per gli FtM, i famigliari reagiranno per il 32% bene all'adeguamento, il 24% spera che i familiari accettino la decisione e16% non sa. La maggior parte dei familiari delle MtF (28%) si pensa che reagiranno bene, al 22% non interessa come reagiranno i familiari e il 16% non risponde, o pensa che reagiranno male o spera che accettino.

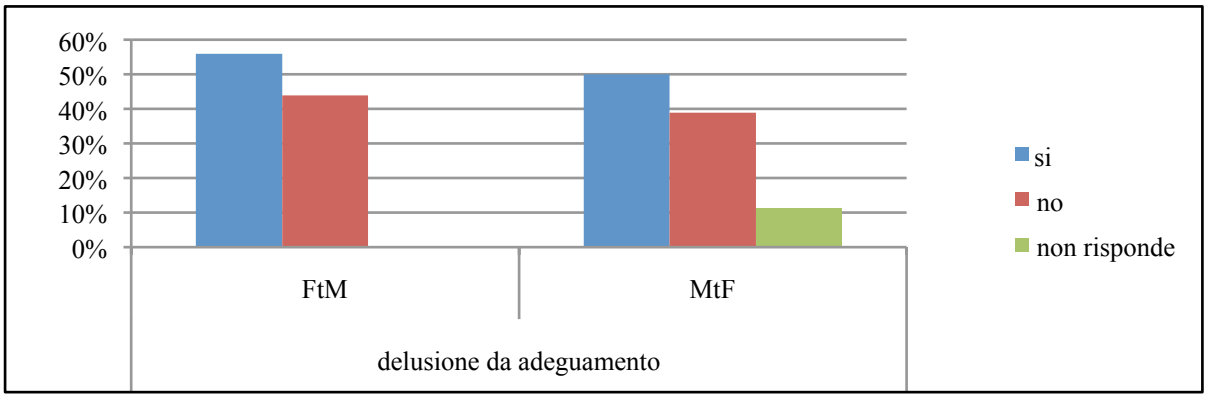



*Grafico 50: Secondo Lei i suoi familiari potrebbero esser delusi dal Suo adeguamento?*

Per entrambi i gruppi, i familiari potrebbero rimanere delusi da un eventuale adeguamento (Grafico 50), anche se non in modo preponderante.

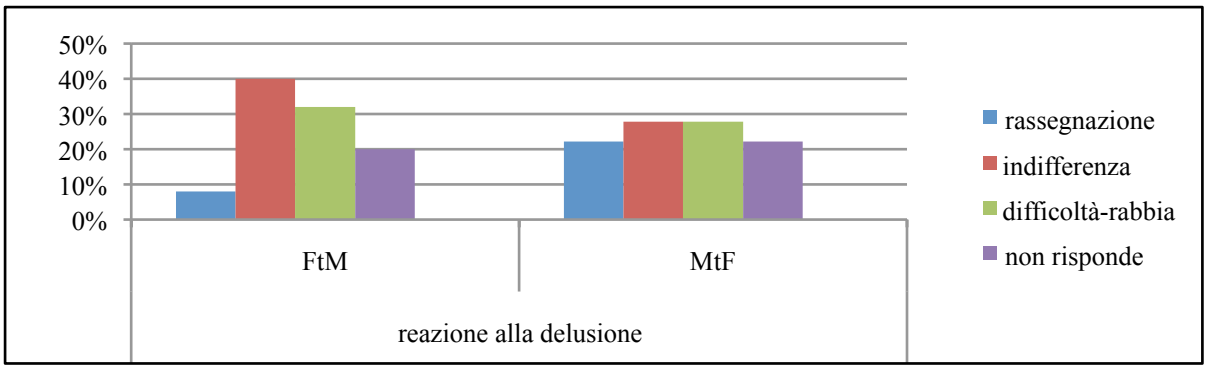



*Grafico 51: Lei come reagirebbe alla delusione dei Suoi familiari?*

Come si può vedere (Grafico 51) il 40% degli FtM reagirebbe con indifferenza alla delusione dei familiari, il 32% con difficoltà-rabbia e il 20% non risponde. Il 28% delle MtF reagirebbe con indifferenza e difficoltà-rabbia; il 22% si rassegnerebbe o non risponde.

## CAPITOLO QUARTO - DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Lo scopo del mio lavoro di ricerca è di elaborare un'iniziale discussione sui parametri di adattemento e supporto sociale per un campione di persone transessuali FtM e MtF di età media di 33 anni.

Il presente campione è stato confrontato con un campione di controllo formato da persone non transessuali (maschi e femmine) della medesima età.

Dall'analisi dei quattro strumenti usati si sono potuti ricavare delle tematiche comuni ritenute significative; la discussione utilizza tali tematiche come chiavi di lettura.

### 4.1 Ambito scolarità, occupazione e relazioni con i colleghi di lavoro

La ricerca mette in evidenza un livello di istruzione complessivamente alto sia per il campione sperimentale che per il campione di controllo.

Dalla ricerca di Ravenna e colleghi (1995) emergeva che il 33% del campione transessuale analizzato aveva conseguito il diploma superiore, il 10% aveva ultimato gli studi universitari. Nel presente lavoro più del 40% degli FtM e più del 60% del MtF ha ottenuto il diploma superiore, il 20% del Ftm e il 17% delle MtF la laurea.

Sembrerebbe evidente quindi l'incremento della scolarizzazione dal 1995 ad oggi per la popolazione transessuale.

Per quanto riguarda il confronto tra i due campioni emerge che gli intervistati con più alto grado di istruzione sono i maschi del campione di controllo e gli FtM nel campione sperimentale (Grafico 4 cap. 2).

Come confermato dalla Ricerca di Ravenna e colleghi (1995) i transessuali FtM hanno un più alto livello d'istruzione rispetto alle transessuali MtF, per i motivi che possiamo ricavare dalla letteratura (Baldaro Verde, 1991; Ravenna e colleghi, 1995). Date le difficoltà di ordine relazionale nell'inserimento scolastico e sociale che presentano le persone transessuali, si comprende perché ci siano meno transessuali laureati rispetto ai maschi del gruppo di controllo. Tendenzialmente rilevante è che, nonostante ciò che è stato affermato in precedenza, sia i transessuali FtM che MtF hanno una maggiore scolarizzazione rispetto al campione femminile qui analizzato.

Per quanto riguarda l'occupazione, il lavoro di Ravenna e colleghi (1995) mostrava il 60% delle persone transessuali occupate, il 23% studiava mentre il 17% non era occupato; anche il progetto ISELT (2004) riportava un'occupazione del 61% dei transessuali utenti del Consultorio dell'Ospedale Mauriziano di Torino.

Il presente lavoro (Grafico 5 cap. 2) riporta che il 56%, sia degli FtM che delle MtF, è

occupato; di poco differiscono i maschi e le femmine del campione di controllo. Come citato nella ricerca del 1995, questo dato è spiegabile in diversi modi: la crisi economica che affligge il paese, la disoccupazione giovanile e le innegabili difficoltà che una persona transessuale attraversa nel trovare un'occupazione (come ampliamente spiegato nel proggetto ISELT, 2004).

In particolare, nel presente lavoro si indaga sul tipo di occupazione hanno gli intervistati (Grafico 6 cap. 2): si evince che la maggior parte del campione transessuale ha un lavoro alle dipendenze, cosi come le femmine. Contrariamente, i maschi hanno in maggioranza un lavoro autonomo, cosi come una buona percentuale di MtF. Come riportato nel progetto ISELT (2004), è più semplice, per le MtF soprattutto, iniziare un attività autonoma che lavorare alle dipendenze di qualcuno con cui non possono confermare la loro identità, anche se la maggior parte degli utenti transessuali presi in esame aveva un lavoro alle dipendenze. In particolare, come emerso dal progetto ISELT (2004), si ritiene importante analizzare il rapporto con i colleghi di lavoro, considerato decisivo, per coloro che lavorano alle dipendenze.

Dal grafico 5 (Cap.3) emerge che la maggior parte degli FtM ha contatti con i colleghi di lavoro che si fermano in ambiente lavorativo, mentre la maggior parte delle MtF ha contatti con i colleghi anche fuori dall'ambiente lavorativo, così come i maschi e le femmine del campione sperimentale: questo può favorire la nascita di relazioni più profonde e di maggior spessore interpersonale. Si nota che il 40% degli Ftm non risponde alla domanda posta e può essere per svariate ragioni: per la giovane età non hanno ancora un lavoro (ma allora avrebbero potuto rispondere che non lavorano), o lavorano da soli, o il contenuto della domanda ha un riverbero emotivo in loro, in particolare sulla loro solitudine nell'ambiente lavorativo.

Nel Grafico 39 (Cap. 3) il campione transessuale riporta che il 50% dei colleghi di lavoro è a conoscenza della loro situazione e della decisione di proseguire con la RCS. Mentre nella ricerca di Ravenna e colleghi (1995) emergeva solo un 21%. Ciò costituirebbe un importante argomento di valutazione. Nel presente lavoro è importante segnalare la considerevole percentuale di non risposte, probabilmente dovuta al fatto che molti non lavorano e che quindi non possano esprimersi in merito. In particolare gli FtM potrebbero non rispondere per il fatto che non sono intenzionati ad intraprendere la RCS, oppure come è stato spiegato sopra, perché non hanno abbastanza contatti con i colleghi di lavoro. Anche il 22% delle MtF non risponde alla domanda ed è ipotizzabile che per loro sia più faticoso e discriminante fare outing, soprattutto per questioni culturali. Inoltre, emerge che il 40% delle persone transessuali sostiene che i colleghi di lavoro concordano con la loro decisione di proseguire

con la RCS, il 50% non risponde alla domanda, probabilmene per i motivi in precedenza esposti. Infine si evince che per la maggiorparte delle persone transessuali, l'adeguamento tra identità fisica e psichica non comporterebbe problemi nel loro ambiente lavoro e che i colleghi non ne rimarrebbero delusi; le non risposte sarebbero dovute ai motivi sopra citati. Il campione transessuale potrebbe ritenere che dopo aver concluso l'adeguamento, la loro identità di persona si fortifichi, risolvendo i vari problemi relazionali; come si sostiene nel progetto ISELT (2004), molte persone in transizione non cercano ne trovano lavoro fino a transizione terminata: la transizione e la RCS figurerebbero come la *conditio sine qua non* per la creazione di un'identità personale e professionale.

In ultima analisi si è esplorato l'interesse per l'attività professionale (Grafico 9 cap. 3): il campione di controllo si definisce "molto" interessato, mentre i transessuali rispondono in modo più modulato.

La maggior parte delle MtF si dice "molto" interessata o non risponde alla domanda, mentre la maggior parte degli FtM si ritiene "discretamente" interessato o non risponde. Da questa domanda si potrebbe pensare che non sia la tipologia di lavoro a fare la differenza (infatti per la maggior parte i due campioni ha un lavoro dipendente), bensì la consapevolezza della propria identità lavorativa fondata su quella personale.

### 4.2 Rapporti genitoriali e familiari

Una parte di questo lavoro sostanziale si è dedicata ad esaminare come cambia il rapporto con i genitori dal passato (prima dell'insorgenza del disagio per i transessuali) al momento presente. È riconosciuto dalla letteratura (Rohner, 2004; Rohner et al, 2005) come la percezione di rifiuto da parte dei transessuali in giovane età, è associata a depressione, problemi comportamentali, abuso di sostanze, coping povero e bassa autostima. In particolare dal rapporto con i *caregiver*, per qualsiasi essere umano, emergono fattori cruciali che determineranno molti aspetti delle relazioni adulte. Dal presente lavoro emerge una differenza significativa tra i campioni nei rapporti con i genitori (Tabelle 3.1 e 3.2). In particolare i maschi sono quelli con i migliori rapporti, le femmine mostrano un incremento del rapporto con il padre attualmente e il rapporto con la madre rimane invariato. Differentemente il campione dei transessuali mostra un peggioramento nel rapporto con il padre rispetto al passato, mentre, il rapporto con la madre rimane invariato. Come dimostrato nella ricerca di Ravenna e colleghi (1995) vi sarebbe un differenza di percezione tra gli FtM e MtF, in particolare quest'ultime vivrebbero maggiori disagi con i genitori. Probabilmente questo dato è indicativo delle maggiori difficoltà esperite dalle donne transessuali, per i fattori

socio-culturali precedentemente esposti.

Si potrebbe confermare la tendenza che emerge dalla PAR Theory in base alla quale vengono esperiti migliori rapporti con le madri piuttosto che con i padri.

Ciò risulta anche dai dati esposti in precedenza, ma, dall'ulteriore analisi della percezione dei familiari durante l'evoluzione dell'identità della persona transessuale (Grafici 43 e 43.1), emerge che i familiari reagivano, per la maggior parte, con rifiuto e negazione. La figura che più risulta connotata da tale rifiuto-negazione sarebbe la madre.

Questo risultato potrebbe avere numerosi significati: in primis sono più gli FtM a riportare il disappunto materno, probabilmente perché la figlia femmina crea con la madre un rapporto più stretto e, nonostante i vari segnali che si possono notare prima dell'outing vero e proprio, una "consapevolezza subliminale" (De Vine, 1984) produce nei familiari dei meccanismi di difesa per proteggersi dall'impensabile.

D'altra parte è bene notare che dal presente lavoro emerge che la madre è comunque quella che dimostrerebbe maggiore accettazione e compiacenza.

Al momento attuale (Grafico 46) la maggior parte delle persone transessuali (più dell'80%), riporta che i familiari sono a conoscenza del loro modo di essere e della transizione. Gli FtM riportano questa cosa più delle MtF: questo confermerebbe (vedi Ravenna e colleghi, 1995) la tendenza degli FtM a coinvolgere i propri familiari nel percorso. Le figure significative che dimostrerebbero maggiore accoglienza e comprensione sarebbero zii, zie e nonni: i genitori infatti vivrebbero un lutto dopo l'outing del figlio-a (Lev, 2006) e quindi in principio potrebbero non essere di supporto.

Le persone transessuali fanno emergere la speranza che l'adeguamento venga vissuto bene da parte della famiglia, anche se ritengono che ci sarà comunque delusione (Grafici 47 e 48). Ciò nonostante emerge disinteresse e indifferenza qualora la speranza risulti disattesa (vedi Ravenna e colleghi , 1995). Questo dato sarebbe indicativo per confermare la buona rete di supporto sociale da parte dei transessuali intervistati (come emerge dai risultati della Scala di supporto sociale di Surtees, Grafico 3.4): le persone andrebbero avanti lo stesso con il loro percorso, anche se non appoggiate dai familiari, sentendosi comunque in difficoltà per questa mancanza.

Per quanto riguarda la frequentazione della famiglia, entrambi i campioni analizzati incontrano abbastanza frequentemente i parenti stretti (Grafico 6 e 10, cap. 3). Ricaviamo dal grafico 7 (Cap. 3) che gli FtM e i maschi vivono con parenti stretti (si suppone genitori, data la più giovane età), la maggioranza delle femmine vivono con i partner e le MtF vivono da sole (vi è un cambiamento dal 1995). Quest'ultimo dettaglio sulle MtF confermerebbe quanto

si nota dai grafici 6 e 10: vedono più raramente i parenti stretti perché vivono da sole e nella Scala di sostegno sociale di Surtees sono quelle che hanno punteggi più alti per il non supporto. Sembrerebbe che le transessuali MtF siano quelle più emarginate dal nucleo familiare perché non accettate. Nonostante tutto i rapporti vengono definiti buoni, alla stessa stregua di FtM, maschi e femmine (Grafico 11).

Si conclude dicendo che il campione di controllo frequenta maggiormente e ha rapporti migliori con i familiari del campione sperimentale, in particolare si sottolineano le risposte polarizzate sul positivo dei maschi: è frequente che nella presente società il maschio sia più supportato e coccolato all'interno dell'ambito familiare, cosa che accade meno frequentemente per la donna.

### 4.3 Rapporti sociali

Dalla SASS si può ricavare come nessuno dei due campione sia pienamente adattato socialmente (Tabella 3.6).

Nonostante l'apparentemente limitato adattamento sociale, i rapporti interpersonali intrattenuti non mostrano differenze nei quattro gruppi, da notare che la maggioranza degli intervistati segnala di avere rapporti sociali qualitativamente buoni e scambi arricchenti con le persone che li circondano.

Si è riportato una letteratura che evidenzia come per la popolazione transessuale possa essere difficoltosa la gestione della soluzione abitativa e i conseguenti rapporti con i vicini di casa. Nel presente lavoro si nota come le femmine e i maschi, anche se di poco, hanno maggiori contatti con i vicini di casa. In particolare, le femmine sembrano curare di più tali rapporti probabilmente per il fatto che, come la donna cura maggiormente l'ambiente domestico, curi anche le relazioni ad esso annesse e da esso create. Le donne MtF sarebbero quelle che meno dispongono di tali contatti, si presuppone a causa di un'indotta riservatezza da parte del contesto.

Riguardo i rapporti amicali i due campioni riferiscono di aver avuto relazioni di amicizia significative, in media dalle 3 alle 7 amicizie, solo le MtF ne riportano di meno; queste ultime, per l'83% non rispondono alla domanda: è raro che l'83% delle intervistate non avesse relazioni amicali significative, cosi come è improbabile che non abbiano letto la domanda, perciò si ritiene che l'omissione sia da legare a delle difficoltà sottese alla forte emotività dell'argomento.

Infine, entrambi i campioni riportano di aver avuto un esperienza positiva dalle amicizie vissute, il gruppo degli FtM è quello che riporta più esperienze negative: nell'infanzia

probabilmente erano delle bambine *tomboy*, che prediligevano intrattenere relazioni più con maschi che con femmine *"Mi trovo meglio coi maschi, con poche eccezioni"*, con i quali probabilmente non sempre si sentivano integrati e accettati *"ci sono persone che anche se molto giovani sono pronte a volerti bene sempre, per quanto strambo puoi essere"*.

I rapporti con i maschi durante l'adolescenza fanno notare come il campione di controllo dia delle risposte più polarizzate verso il positivo, mentre il campione sperimentale sia più equilibrato. Il rapporto più positivo tra maschi e FtM può confermare che già dall'adolescenza, e anche prima, la persona transessuale si identifichi con il genere desiderato; d'altro canto rapporti di contrasto possono essere percipiti quando queste persone non si sentono incluse nel gruppo dei pari.

Le MtF segnalano un 22% di rapporti inesistenti con i maschi, a segnale di un probabile distacco dai maschi per orientarsi verso il genere desiderato o anche di un'esclusione da parte loro. Per quanto riguarda l'esperienza tratta da tali rapporti sono in genere positivi per entrambi i campioni. Si riportano di seguito delle risposte del campione transessuale per esemplificare le risposte positive: "*sono cresciuto con i ragazzi e sono uno di loro", "i maschi per me erano miei simili", "è stato bello vedere su cosa si basa l'amicizia maschile, aspetti molto diversi da quella femminile", "sono cresciuta, ho conosciuto la vita, cosa vuol dire lottare, adeguarsi o preferire spengere il proprio cervello", "ho conosciuto il senso di essere se stesse a prescindere da quello che conviene"*.

Esempi risposte negative: *"Sono una persona piu forte, ma anche molto segnata dalle esperienze del bullismo, tutto quello che ho passato è servito a farmi essere oggi un uomo migliore di tutti loro messi insieme", "difficile rispondere, credo di essermi rassegnato alla solitudine per parecchi anni", "fino a 18 anni non ho trovato un vero gruppo di riferimento, ma solo amicizie sporadiche, mi sentivo differente da loro ma non capivo perché", "io non ero come loro"*.

Nel momento attuale i rapporti con persone di sesso maschile sono positivi per entrambi i campioni, in particolare per i maschi; le MtF sono quelle con più difficoltà a relazionarsi con il mondo maschile.

Il rapporto con le ragazze in età adolescenziale ha un andamento positivo per entrambi i campioni, anche se per gli FtM in misura minore degli altri; questo è spiegabile in diversi modi: in primis si nota come gli FtM abbiano rapporti più conflittuali rispetto ai tre gruppi, probabilmente, in adolescenza, faticavano ad inserirsi in un gruppo femminile perché non si sentivano a proprio agio (*"mah .. è stato un periodo che avevo poche amiche.. quindi non potrei dirlo","non le capivo", "normali...un po distaccati poichè non riuscivo ad*

*integrarmi").* Un dettaglio non indifferente è che già in età adolescenziale gli FtM percepivano un'attrazione non amichevole per le ragazze, ciò faceva si che riuscissero ancor meno ad integrarsi e a comprenderle: *"alti e bassi, loro volevano essermi amiche io gestivo male i rapporti perché provavo attrazione", "ho avuto amiche ma mi sono sentito attratto da loro".* L'esperienza ricavata da questi rapporti è positiva per la maggior parte dei componenti dei due campioni; si sottolinea che le MtF hanno esperito più positività nelle relazioni con le ragazze perché probabilmente trovavano in loro più sensibilità e meno scherno. Il 20% degli FtM, che non si esprime in merito, è da imputare ai conflitti espressi precedentemente.
Attualmente i rapporti con il sesso femminile sono ampiamente positivi.
L'appartenenza ad associazioni è stata indagata al fine di capire se in entrambi i campioni è presente la tendenza all'associazionismo.
La maggioranza degli intervistati riporta di aver fatto parte o fare ancora parte di associazioni; emerge una differenza di percentuali tra il campione sperimentale e le femmine contro i maschi. Lo scostamento si spiega con il fatto che tanti maschi hanno riportato la partecipazione ad associazioni sportive (18 maschi su 25), le femmine, d'altro canto, risultano praticare meno sport rispetto ai maschi (7 su 18).
Per quanto riguarda la popolazione transessuale, le associazioni più citate sono il Mit di Bologna, il circolo Arcilesbica, diversi gruppi su social network o in internet.
Mentre i maschi sono quelli che si sentono più aiutati dall'appartenenza a qualche associazione, la popolazione transessuale non riporta lo stesso indice di gradimento.
La differenza di gradimento sembrerebbe determinata dalla differenza tra le due domande: le persone del campione di controllo partecipano alla vita associativa per svago o interesse personale; le persone transessuali, solitamente, si rivolgono ad associazioni dedicate a loro in cerca di aiuto per colmare uno stato di sofferenza e cercare un supporto concreto per loro stessi e i loro cari. Superato il momento di sofferenza più forte, più persone transessuali tendono ad allontanarsi da ciò che potrebbe ricordare loro un periodo buio; è anche vero che all'interno del mondo transessuale ci sono varie rivalità e posizioni molto opposte tra loro (operarsi/non operarsi, prendere ormoni o no, ecc.) che spesso sfociano in litigi che potrebbero comportare l'abbandono dei gruppi.

***Relazioni sentimentali, sessuali e rapporto con il-la partner***

Si evince dalla letteratura in merito quanto le relazioni sentimentali e sessuali siano importanti per la conferma dell'identità di genere, non solo delle persone transessuali.

Appare evidente che entrambi i campioni hanno avuto relazioni sentimentali significative, il campione di controllo dichiara di averne avuto più di tre. Il campione transessuale si differenzia internamente: gli FtM avrebbero avuto più relazioni delle MtF, questo è imputabile al voler confermare la propria identità di maschio (comportamento da Don Giovanni, Baldaro Verde, 1991). Più del 20% delle MtF non risponde alla domanda, probabilmente per la difficoltà vissuta nelle relazioni sentimentali.

Per quanto riguarda le esperienze ricavate, si possono definire positive per entrambi i campioni, anche se, il 30% circa degli FtM non le ritiene tali.

Come detto in precedenza, gli FtM, avrebbero più difficoltà degli altri gruppi nell'instaurare rapporti sociali positivi: "*non mi piace la possessività di un rapporto,la gelosia è inutile e la fiducia e d'obbligo da entrambi*", *"il mio disagio mi ha impedito di avere relazioni stabili ed equilibrate", "dalla prima relazione non ho tratto nessuna esperienza, dalla seconda ho imparato ad essere molto distaccato e sospettoso"*.

Altresì la vita sessuale è da ritenersi importante area di indagine: entrambi i campioni dichiarano di avere avuto relazioni sessuali significative, tuttavia in quantità differenti tra loro.

Le donne transessuali riportano, per la maggior parte, di non ricordare quante relazioni sessuali abbiano intrattenuto. Ciò potrebbe esser spiegato come una difficoltà espressiva legata al carico emotivo dell'argomento in cui, per dimostrare la loro femminilità, manifestano atteggiamenti e comportamenti eccessivi, come sostenuto da Baldaro Verde (1991).

In ultima analisi l'apporto ricavato dalle relazioni sessuali è positivo per entrambi i campioni, anche per le persone transessuali FtM *("libertà e curiosità continua", "Le prime esperienze sessuali e in seguito il coraggio di esplorare il sesso nonostante il mio corpo non fosse come lo desideravo"*) e MtF *("Sono riuscita ad "accettare" alcune parti del mio corpo con naturalezza", "che senza amore il sesso di per sè fa schifo"*).

Per quanto riguarda gli innamoramenti citati dai due campioni, si può notare come quello di controllo abbia avuto prevalentemente esperienze affettive eterosessuali, e solo una minoranza omosessuale.

Per quanto riguarda il campione transessuale si può dedurre che la maggior parte delle persone transessuali si sarebbe innamorata più di donne che di uomini; di conseguenza gli FtM avrebbero avuto per la maggior parte esperienze affettive eterosessuali e le MtF esperienze lesbiche. Entrambi hanno avuto comunque esperienze bisessuali che si possono interpretare come un tentativo di comprendere il proprio orientamento sessuale a conferma

o meno dell'identità di genere percepita, come si apprende dallo studio di Ravenna e colleghi (1995).

Le esperienze ricavate dall'innamoramento, sia di maschi che di femmine, avrebbero condotto le persone transessuali a conoscere se stessi ("*Ho imparato che negli uomini guardo estetica e cervello. Nelle donne guardo quasi esclusivamente al cervello. Per strada mi volto a guardare gli uomini ma caratterialmente mi attraggono di più le donne (di nuovo: non per questioni genetiche, ma perché di fatto si dimostrano più altruiste)", "Che mi piace la compagnia e il sesso no!");* ad avere esperienze positive *("si puo' essere amati", "è stata un'esperienza di crescita","estasi e beatitudine")* e anche negative *("l'amore fa vedere cose inesistenti e quando si torna a vedere la realtà sono mazzate", "che l'amore può fare tanto bene quanto male, se non più male","Ho imparato che sono geneticamente non predisposto alle relazioni sentimentali", "l'amore non dura se non lo si evolve in profondità mettendosi in gioco").*

Per concludere si riporta che la maggioranza dei partner delle persone transessuali sarebbe a conoscenza del loro modo di essere, in particolare gli FtM farebbero emergere che vige accordo tra loro e il partner riguardo il percorso intrapreso e riportano che non saranno delusi da esso. Mentre le MtF si espongono meno, non rispondendo alla domanda: si potrebbe supporre che per loro sia un argomento complesso da affrontare.

Per quanto riguarda i progetti futuri esplorati si nota come la maggior parte degli intervistati, sia del campione sperimentale sia del controllo, ne abbia. In particolare in entrambi i campioni si sarebbe primario finire gli studi e/o trovare lavoro, conciliando il tutto con le proprie passioni. Pochi transessuali menzionano il concludere la transizione: questo potrebbe essere dovuto al fatto che per alcuni è già stata conclusa anche senza la RCS. Anche dalla letteratura emergono le stesse aree d'interesse per il futuro: vita privata, lavorativa e cura della propria persona.

Per quanto riguarda il matrimonio si nota come i maschi e gli FtM vogliano sposarsi, mentre le femmine e le MtF meno. Si ipotizza che, data la giovane età, i maschi e gli FtM debbano ancora sposarsi o comunque lasciare il nucleo familiare; inoltre gli FtM sarebbero prevalentemente eterosessuali, perciò, una volta conclusa la transizione, sarebbe permesso loro di sposarsi civilmente anche in Italia. Le femmine e le MtF sono in una situazione diversa: le femmine probabilmente sarebbero già sposate, infatti la maggior parte di loro vive con il partner; mentre le MtF, maggiormente interessate a relazioni omosessuali, non penserebbero all'evento del matrimonio, in quanto non ancora permesso in Italia.

Infine, entrambi i campioni avrebbero il desiderio di avere dei figli, anche se in diversa

misura. Interessante è notare che il campione di controllo preferisce averli naturalmente e ricorrendo all'adozione e/o all'inseminazione artificiale; mentre il campione transessuale ricorrerebbe all'adozione e all'inseminazione artificiale. Due intervistate MtF dichiarano che cercherebbero dei figli naturalmente, utilizzando il proprio sperma per questo scopo: in questo caso, i genitali tanto odiati e rifiutati, sarebbero accettati e "utilizzati" per avere un figlio. Gli FtM invece, per quanto più propensi a non ricorrere alla RCS, non fanno trasparire questa eventualità.

### 4.4 Modelli e figure significative

Questa area di indagine riguarda la presenza, nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta, di persone particolarmente significative nella vita dei due gruppi e la presenza di modelli nell'ambiente familiare e nel contesto sociale in senso più ampio.

Durante l'infanzia i maschi riportano di non aver voluto assomigliare a nessuno, cosi come la metà delle femmine. Gli FtM invece avrebbero avuto maggior desiderio di avere dei modelli (in particolare i parenti maschi), al contrario le MtF non avrebbero avuto questa necessità, così come si riporta nella letteratura (Ravenna, 1995). Nel periodo adolescenziale il campione di controllo riporta di non aver voluto assomigliare a nessuno, il campione transessuale si comporta come il periodo infantile: nello studio di Ravenna e colleghi (1995) emergeva il contrario, le MtF volevano assomigliare a qualcuno più degli FtM.

Infine, nel momento attuale, il campione di controllo non ha alcun modello di riferimento, cosi come il campione dei transessuali.

Questo andamento in decrescere è da considerarsi positivo per l'evoluzione e la maturazione delle persone intervistate.

Nella ricerca di Ravenna e colleghi (1995) si evidenziava come negli FtM ci fosse una tendenza decrescere (per la volontà di assomigliare a qualcuno, in particolare a familiari di sesso maschile) rispetto alle MtF. Queste ultime, infatti, anche in età adulta mantenevano la propensione a prendere a modello figure femminili, in particolare donne dello spettacolo, delle quali veniva apprezzato l'aspetto fisico; cosa che non si verifica nella presente ricerca: infatti le MtF (assieme ai maschi) sono coloro che vogliono assomigliare di meno a qualcuno.

I quattro modelli più ricercati sono: per gli FtM i parenti maschi (figura paterna, zii o nonni); per le MtF personaggi dello spettacolo-cultura (attrici, cantanti e donne di cultura); per i maschi gli amici e personaggi dello spettacolo-cultura (attori) e per le femmine delle parenti femminili (figura materna, nonna).

Si potrebbe supporre che il gruppo di controllo non richieda particolarmente il bisogno di

modelli poiché, anche quando l'identità era in evoluzione, percepivano una coerenza interiore; questo non sarebbe successo nelle persone transessuali, cercavano di colmare il vuoto identitario individuando modelli e figure d'esempio all'esterno della loro persona. Si valuta positivamente che, attualmente, un numero limitato di persone transessuali abbia un modello di riferimento, ad eccezione di se stessi.

### 4.5 Evoluzione dell'identità delle persone transessuali

Al campione delle persone transessuali si è chiesto cosa pensassero in merito all'eziologia del loro modo di essere.

È emerso che sia gli FtM che le MtF intervistate ritengano che il caso o il destino siano fautori del loro modo di essere: questa risposta potrebber indicare la coscienza delle divense cause che ricorrono a creare questo complesso fenomeno, ma anche una sorta di deresposabilizzazione di se stessi e del loro contesto.

Durante il periodo infantile sono emerse forti differenze riguardo il modo di vestire: gli FtM erano più liberi di seguire le loro inclinazioni maschili, le MtF erano più coercizzate. Questi dati confermano ancora una volta la letteratura citata (Ravenna e colleghi, 1995), per cui un transessuale maschio sia più libero di vestirsi secondo la propria identità di genere, perché probabilmente più accettato socialmete in quanto meno vistoso; al contrario una donna transessuale risulta più appariscente e quindi più sotto i riflettori dell'opinione pubblica.

La stessa dinamica si presenta quando si indaga con che giochi giocavano durante l'infanzia: gli FtM predilegevano fin da subito giochi e attività prevalentemente maschile, in quanto, probabilmente vedere una bambina giocare in modo maschile non era cosa eccezionale; al contrario le Mtf si dedicavano ad attività o giochi prevalentemente neutri: non amavano attività maschili, ma sarebbe sembrato strano veder giocare un bambino con le bambole.

Ancora una volta la tollerabilità sociale di questi comportamenti farebbe la differenza.

Infine la maggior parte degli intervistati ha risposto in maniera negativa alle domande circa il coinvolgimento dei familiari, dell'educazione ricevuta e degli studi fatti sullo "sviluppo della loro condizione": si ritiene che tali risposte potrebbero esser state influenzate dalla forma della domanda, che descrive la loro transessualità, una "condizione".

Questa terminologia è ritenuta probabilmente stigmatizzante e limitante per descrivere il modo in cui si sentono. Ciò è testimonianza di come serva una revisione delle terminologie con cui indicare questo fenomeno e le persone ad esso appartenenti.

Per concludere, la maggior parte delle persone transessuali conosce altre persone transessuali, si presuppone anche grazie alle associazioni per LGBT o ai gruppi in internet. Questa

conoscenza però non avrebbe influito nella decisione delle MtF di intraprendere la transizione o la RCS, contrariamente avrebbe influito negli FtM; come si è potuto notare prima, i maschi transessuali necessiterebbero di modelli o figure significative da cui prendere esempio.
La maggioranza non risponde però quando gli si chiede come questa figura avrebbe influito, se non indicando del supporto di ordine pratico e psicologico. Lo stato d'animo e i pensieri provocati da questa persona sarebbero di serenità.
Infine, si può pensare che con queste persone ci sia una relazione di amicizia oppure un rapporto volto all'obiettivo della transizione, la ricerca di Ravenna e colleghi (1995) lo confermerebbe.

## CAPITOLO QUINTO – CONCLUSIONI

Con questo lavoro ho voluto esplorare come l'occupazione, i rapporti con la famiglia e i genitori e le relazioni interpersonali, possano essere considerati di supporto per le persone transessuali, ma anche come indice di adattamento sociale.

Il materiale usato per comporre l'intervista non è molto recente, tuttavia ha offerto spunti per esplorare, in modo a mio parere interessante, alcuni temi chiave.

Il campione transessuale è limitato, tuttavia eterogeneo per età e per momento della transizione; sarebbe interessante estendere il numero degli intervistati per ampliarlo.

Entrando nel particolare, un'adeguata scolarizzazione e occupazione sembrerebbero i mezzi più consoni per curare l'integrazione e la promozione all'autonomia.

Si può dire che, in riferimento al campione preso in esame (43 transessuali), vi sia stato un aumento del grado di istruzione, dal 1995 a oggi. I maschi del campione di controllo risultano comunque i più istruiti.

Si può supporre che nel breve periodo, ci sarà un ulteriore significativo aumento della scolarizzazione, anche data la sensibilizzazione degli studenti in merito al transessualismo: questo permetterà di ovviare l'abbandono scolastico e di evitare discriminazioni fin dalla giovane età. Significativa risulta, al riguardo, la decisione dell'Ateneo di Padova di consentire (dal 2013) agli studenti transessuali di utilizzare il nome (e quindi il genere) prescelto nel proprio Libretto Universitario.

Dal punto di vista occupazionale si è notato un leggero calo dal 1995 e dal 2004 ad oggi: attribuibile probabilmente alla crisi economica globale che si sta attraversando, e che colpisce svariate categorie di professioni.

È emerso come sia importante, e quindi da coltivare, il rapporto con i colleghi di lavoro; nelle aziende con molti dipendenti, come consigliato dal progetto ISELT (2004), sarebbe auspicabile un sostegno per dotare i colleghi della persona transessuale di alcune accortezze quali: spiegare il perché e le tappe della transizione, ricordare di usare il pronome e il nome scelto dalla persona, ricordare che le visite mediche cui devono sottoporsi sono necessarie e potrebbero comportare cambiamenti di turni e orari.

Della situazione delle persone transessuali sarebbe a conoscenza il 50% dei colleghi di lavoro e il 40% ne rispetta la decisione (un dato in aumento dal 1995) a testimonianza di un passo verso un'apertura e facilitazione dei rapporti.

Terminare gli studi e trovare lavoro sarebbero gli scopi principali per le persone transessuali, di pari passo con il portare a terminare la transizione, così come confermato dalla letteratura

(Ravenna e colleghi, 1995; ISELT, 2004).

Dall'esame della letteratura inerente e delle interviste raccolte, si potrebbe pensare come l'identità personale sia matrice per la formazione di un'identità professionale; sarebbe curioso indagare se il fatto di realizzarsi professionalmente, per una persona transessuale, dipenda da una precedente realizzazione personale consistente nel connubio tra identità fisica e psichica.

Com'è ormai noto, la transizione è un processo lungo e impegnativo tanto da considerarlo lo scopo di una vita. Apparire (esteriormente) del genere desiderato, terminare con la RCS ed ottenere il cambio dei documenti sarebbe visto come la conferma dell'identità tanto ricercata. Se una persona non è sostenuta o non inserita in un ambiente di lavoro supportante, può accadere che cerchi di procrastinare l'ingresso nel mondo del lavoro, fino a transizione avvenuta.

E' per questi motivi che si ritiene necessario progettare dei programmi di supporto, non solo per i protagonisti della transizione, ma anche per datori e colleghi di lavoro: permettendo a quest'ultimi di conoscere il fenomeno e capirlo si potrà accrescere la sensibilizzazione e l'accettazione della diversità.

Un altro tema qualificante questo lavoro è l'analisi del rapporto con i genitori e parenti stretti. Come dice Rohner (2004), il rapporto con i genitori (e con la famiglia) è la base fondante per le relazioni adulte; un rapporto fondato sul rifiuto e la non accettazione dell'altro, potrebbe provocare in una persona (non solo transessuale) depressione, coping scarso, difficoltà di relazioni ecc.

Si è potuto notare, mediante analisi statistiche e dai grafici riportati, come sia cambiato il rapporto delle persone transessuali con i genitori: il rapporto con il padre è peggiorato rispetto al passato, quello con la madre invece è rimasto invariato. Mentre il campione di controllo non riporta variazioni significative, se non un miglioramento delle relazioni paterne per le femmine; in generale i maschi sono quelli con i migliori rapporti.

Le MtF sarebbero quelle con più difficoltà relazionali all'interno del *menage* familiare: questo fatto è attribuibile probabilmente ad una questione culturale in quanto, diviene più semplice accettare una figlia *tomboy* che rivela voler essere un maschio, rispetto ad un figlio "effemminato" che si vede come una donna. La rinuncia alla virilità, in una società androcentrica, è vissuta come una ferita più marcata rispetto alla rinuncia alla femminilità.

Esempio di androcentrismo si ritrova in questo lavoro quando si è esaminato come si vestivano e con che giochi giocavano in infanzia gli intervistati transessuali: si potrebbe evincere che, agli FtM, sarebbe concessa una maggior tolleranza e libertà nel vestirsi e nell'intrattenersi con i giochi desiderati, rispetto alle FtM.

Grazie alla letteratura e alle risposte del campione analizzato (per quanto limitato) si potrebbe pensare ad un "modello" del percorso che i genitori di persone transessuali compiono in seguito alla rivelazione del figlio-a: da una consapevolezza subliminale permeata da rifiuto e negazione, si arriverebbe al momento dell'outing a cui farà seguito un vero e proprio lutto per la perdita del figlio-a.

In seguito si può notare accettazione e comprensione della circostanza da parte della famiglia, nonostante che le persone transessuali ritengano che la famiglia sarà comunque delusa dalla transizione. Forse è per questo motivo che le persone transessuali hanno saputo circondarsi di una buona rete sociale di supporto, formata da amici, conoscenti e membri di associazioni LGBT, in modo particolare le MtF: quest'ultime vivono per la maggior parte da sole e sarebbero quelle che frequentano i familiari in misura minore rispetto agli altri gruppi esaminati.

Per concludere, ci sono differenze tra i due campioni (transessuale e di controllo) presi in esame in questo lavoro: i maschi e le femmine avrebbero rapporti migliori e frequenterebbero maggiormente il nucleo familiare, anche gli FtM sarebbero più uniti alla famiglia di origine rispetto alle MtF, sebbene, entrambi i gruppi transessuali non rinuncerebbero, su richiesta della famiglia, alla transizione.

Interventi come il progetto svolto dal Mit di Bologna, per il sostegno ai familiari dei transessuali durante l'iter di transizione, sarebbero estremamente necessari, per evitare la disgregazione delle famiglie e l'allontanamento delle persone transessuali.

La diversità, l'essere "fuori dalla norma" può indurre nelle persone diverse reazioni, dal disagio alla curiosità; un fenomeno come il transessualismo mette in crisi la visione bidimensionale dell'identità di genere, e probabilmente tale ambiguità provocherebbe il disagio sociale vissuto dalle persone nei confronti dei transessuali.

Bensì le cose stiano gradualmente migliorando, si ritengono necessarie leggi contro l'omofobia, che possano tutelare le persone LGBT e che possano prevenire situazioni come quelle presentatasi recentemente (due giovani omosessuali italiani suicidatisi nel giro di due mesi).

Dalla SASS compilata dai due campioni, per questo lavoro, emergerebbe che pochi intervistati, sarebbero adattati socialmente; questo indice potrebbe essere viziato dai limiti dello strumento. Infatti, analizzando le singole domande si nota come entrambi i campioni abbiano rapporti sociali qualitativamente buoni e scambi arricchenti con le persone.

In particolare si può dire come il rapporto con i vicini di casa e le amicizie significative siano similari per i due gruppi; tuttavia le MtF sarebbero più in difficoltà ad intrattenere tali

relazioni e gli FtM esperirebbero più rapporti negativi. Analizzando i rapporti con i coetanei durante l'adolescenza si è potuto notare che i transessuali fin da giovanissimi si identificano con i membri del genere opposto e desiderato: i rapporti con i coetanei dello stesso sesso risulterebbero più carenti, da un lato perché le MtF forse sono state rifiutate dai coetanei, dall'altro perché gli FtM si sentivano attratti dalle ragazze e quindi faticavano a stringere un rapporto di amicizia.

In questo momento i rapporti, passato il momento burrascoso dell'adolescenza, vengono definiti positivi con maschi e femmine.

In letteratura sono state riportate le attività svolte dalle associazioni LGBT del Mit e PFLAG ma, le 43 persone transessuali intervistate, non hanno dimostrato un forte apprezzamento per i gruppi da loro frequentati: si ritiene che, in parte, la tendenza all'abbandono sia dovuta ad un bisogno di lasciarsi alle spalle un passato doloroso, a dei conflitti interiori ai gruppi tra i transessuali stessi, alla fatica emotiva connessa alla partecipazione ad un gruppo per persone in difficoltà.

Per arrivare ad una completa definizione della propria identità e del proprio desiderio, sarebbe necessario saggiare esperienze sessuali (e affettive) che avranno il ruolo di far sentire maschio o femmina completamente (Giusti *et al.*, 2011).

Nel presente lavoro, sia il campione di controllo, che quello sperimentale, hanno avuto più di tre relazioni sentimentali significative; in particolare gli FtM sarebbero quelli con maggiori esperienze rispetto alle MtF; questo confermerebbe i dati che si ritrovano in letteratura (Baldaro verde, 1991) secondo cui i transessuali maschi sarebbero portati a fare più esperienze amorose per ricercare conferme della propria mascolinità. Per contro, le transessuali donne, secondo la letteratura, adotterebbero atteggiamenti e comportamenti eccessivi, in modo da esaltare la loro femminilità: questo fatto si presenta quando un'alta percentuale di MtF dichiara di "non ricordare" quante relazioni sessuali abbia avuto.

Da questa analisi emerge comunque una percezione positiva delle relazioni affettive intrattenute, per mezzo delle quali hanno conosciuto se stessi, i loro desideri e le loro inclinazioni. Inoltre si vuole evidenziare come, sia gli FtM che le MtF, abbiano avuto maggiori esperienze affettive con le donne: questo campione, seppur limitato, potrebbe sfatare il "mito" che una persona transessuale, una volta transitata, debba essere eterosessuale. Si confermerebbe invece la presenza di relazioni bisessuali per valutare e scoprire se stessi.

A prescindere dalla relazione, la maggioranza dei partner dei transessuali intervistati è ritenuta a conoscenza e d'accordo con la scelta del proprio caro.

Lo stesso intervento per e con i famigliari dei transessuali, si riterrebbe opportuno e di aiuto

per la vita di coppia di queste persone.

In conclusione, si può sostenere che il contesto sociale ha un peso non indifferente nel contribuire alla formazione e alla crescita dell'identità, anche quella di genere. Il concetto di *looking-glass self* (Cooley, 1902) ricorda che ci formiamo grazie alle relazioni interpersonali in ambito sociale: per le persone sarebbero necessari modelli di riferimento e una rete di supporto che consenta un più semplice adattamento sociale. Le persone transessuali vivono ogni giorno ricercando negli occhi degli altri conferma della propria identità psichica, che però cozza con quella corporea; decidono perciò di cominciare un percorso per uscire dal "guscio" ed essere finalmente se stessi.

Operatori sociali, medici, psichiatri e psicologi hanno un ruolo importante, non solo per le persone transessuali stesse, bensì per la loro intera rete sociale.

Se si riuscisse a trovare un modo per interagire con questa rete sociale, si agirebbe sulle persone transessuali stesse: ognuno di noi va inserito in un continuum "essere unico - essere in relazione" poiché sviluppiamo il nostro particolare modo di costruire il mondo attraverso le relazioni con gli altri.

Ringrazio la mia Relatrice, Prof.ssa Marta Panzeri, per l'aiuto fornitomi, la pazienza e i consigli; il mio Correlatore, Dott. Federico Sandri, che con entusiasmo e vocazione al lavoro, ha saputo darmi strumenti materiali ed emotivi per affrontare questa sfida.
Alle mie due guide sarò sempre riconoscente per avermi aiutato nel tramutare un curioso interesse in una Tesi di Laurea che spero di poter ulteriormente approfondire nella mia professione.
Ringrazio anche la Prof.ssa Lucia Ronconi e Antonia Monopoli, quest'ultima responsabile del consultorio Ala Trans di Milano, per la disponibile e puntuale collaborazione.
Infine, grazie anche a tutti coloro che hanno compilato la mia intervista, fornendo le basi per lo sviluppo della Tesi.
Per ultime, ma che ultime non sono, tutte le persone che mi hanno supportato per questo lungo anno.

Grazie di cuore.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**


**A.**

American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali*, 4ª ed. (DSM IV), APA Washington 1994, trad. it. Masson, Milano 1994.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5). APA Washington.

**B.**

Baldaro Verde, J., Graziottin, A. (1991), *L'enigma dell'identità*. Il Transessualismo. Torino: Edizioni Gruppo Abele

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Bates, J. E. (1980). The Concept of Difficult Temperament. *Merril-Palmer Quarterly*, 26, 299-319.

Bem, S. L. (1981). Gender Schema Theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.

Bischof, G.H., Warnaar B. L., Barajas M. S., Dhaliwal H. K. (2011). WIVES WITH MTF TRANSEXUAL PARTNERS. Thematic Analysis of the Experiences of Wives Who Stay with Husbands who Transition Male-to-Female. *Michigan Family Review*, 15(1), 16-34

Bosc, M., Dubini, A., Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Selfevaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*. (suppl.1) 57-70.

Boulton, M. J. (1991). A comparison of structural and contextual features of middle school children's playful and aggressive fighting. *Ethology and Sociobiology*, 12, 119-145.

Bussey, K., Bandura, A. (1992). Self regulatory mechanism governing gender development. *Child Development*, 63, 1236-1250.

**C.**

Callari, R., Mochi Sismondi, G., Morbidelli, L., Negarville, M. (2004) (Ed. Associazione FORMAZIONE 80), "*PROGETTO ISELT: le persone transessuali e la questione del lavoro*".

Coates, S. (1992). The etiology of boyhood gender identity disorder: An integrative model. In J. W. Barron, M. N. Eagle and D. L. Wolitzky. *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 245-265). Washington, DC: American Psychological Association.

Connoly, C. M. (2006). *A process of change: The intersection of GLBT individual and his or her family origin.* In J. J. Bigner (Ed.), An Introduction to GLBT Family Studies (pp. 5-21). New York: Haworth Press.

Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order.* New York: Charles Scribner's Sons.

**D.**

Dèttore, D. (Ed.), (2005). *Disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia e trattamento*. Milano: Mc Graw-Hill.

De Vine, J. L. (1984). A systemic inspection of affectional preference orientation and the family of origin. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 2, 9-17.

Diamond, M. (1968). *Genetic-endocrine interactions and human psychosexuality*. In M. Diamond (Ed.), Perspective in Reproduction and Sexual Behaviour (pp. 417-443). Bloomington, Indiana: University Press.

Di Ceglie, D. (2002). *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*. Milano: Franco Angeli Editore.

Di Folco, M., Marcasciano, P. (2000). *Transessualismo: dall'esclusione totale ad un'inclusione parziale*. Bologna: Ageform.

**F.**
Factor, R. J., Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support and experience of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 11-30.

Fuggeri, L., Borghi, L. Davolo, Foà, AC., Pezzali, B., Zapponi, S. (2007). *Progetto Transiti: I transessuali nel discorso comune- Uno studio sulle rappresentazioni sociali delle persone transessuali in un campione italiano*. Dipartimento di Psicologia degli Studi di Parma.

**G.**
Giusti, E., Mariani, O., Salerno, M. (2011) Terapia del desiderio maschile e femminile. Roma: Sovera Edizioni

Godino, A., Lacarbonara, A. (1998). *Identità Multiple. Psicologie del transessualismo*. Milano: Franco Angeli.

Goffman, E. (1969). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino.

Goldberg, A. B., Adriano, J. (2007). *"I'm a girl": Understanding transgender children*. http://abcnews.go.com/2020/story?id_3088298&page_1 .

Green, R. (1976). One hundred ten feminine and masculine boys: Behavioural contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behaviour*, 5, 425-446

Green, R. (1987). *The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R. (2000). Lesbians, gay man, and their parents: A critique of LaSala and the prevailing clinical wisdom. *Family Process*, 39, 257-266

**K.**
Kholberg, L. (1966). *A Cognitive-Development Analysis of Children's Sex Roles Concepts and Attitudes*. Stanford: Stanford University Press.

Klein, M. (1932). The effects of early anxiety-situation on the sexual development of boy. *The Psycoanalisis of Children* (pp. 194-239). London: Hogarth Press.

Koken, J. A., Bimbi D. S., Parsons J. T. (2009). Experience of familial acceptance-rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 853-860.

**I.**
Imperato-McGingley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., Sturla, E. (1979). Androgenes in the revolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5 alpha-reductase defiency. *New England Journal of Medicine*, 300, 1233-1237.

Istar Lev, A. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender- Variant People and Their Families*. New York: Haworth Press.

**L.**
Landén, M. (1999). *Transsexualism, Epidemiology, Phenomenology, Ætiology, Regret after Surgery, and Public Attitudes.* PhD thesis (Göteborg University).

Le Vay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.

Lev, A. I. (2006). Transgender emergence within families. In D. F. Morrow, L. Messinger (Eds.), *Sexual Orientation and Gender Expression in Social Work Practice: Working with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender People* (pp. 263–283). New York: Columbia University Press.

**M.**
Madonna, M., Radicioni, A. (1997). Transessualismo e adolescenza. Costrutti teorici ed esperienza clinica. *Rivista di Sessuologia*, 21, 132-136

Martin, C. L., Little, J. K. (1990). The relation of gender understanding to children's sex-typed preferences and gender stereotypes. *Child Development*, 61, 1427-1439.

Money, J., Ehrhardt, A. A. (1972). *Man & Woman, Boy & Girl, The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimora: The John Hopkins University Press.

Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-erassigned as girl. *Archives of Sexual Behaviours*, 4, 65-71.

**N.**
Nadalin, D. A. (2000). *La tarda adolescenza nella persona con DIG: riflessioni e pratica clinica*. In Transiti, Atti del Convegno Scientifico Internazionale. Percorsi e significati dell'identità di genere. Bologna 28-30 Giugno 2000.

**O.**
Olyslager, F. and Conway, L. (2007). *On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism*. Paper presented at the WPATH 20th International Symposium, Chicago, Illinois, September 5-8, 2007. Submitted for publication in the International Journal of Transgenderism (IJT).

**R.**
Rekers, G. A. (1983). *Play therapy with cross-gender identified children*. In C. E. Schafer and K. J. O'Connor (Eds.), Handbook of play therapy (pp. 78-90). New York: John Wiley and Sons.

Rekers, G. A., Jurich, A. P. (1983). *Development of problems of puberty and sex roles in adolescence*. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds), Handbook of Clinical Child Psychology (pp. 785-812). New York: John Wiley and Sons.

Ruggeri,V., Ravenna, A. R. (1999) (Eds.). *Transessualismo e identità di genere*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

**S.**
Saraceno, C. (Ed.) (2003). *Diversi da chi? Gay, lesbiche, transessuali in un'area metropolitana*. Milano: Edizioni Angelo Guerrini e Associati.

Sherman, R. F. (1985). *Separation Conflict as a Component of Severe Gender Identity Confusion in School Age Boys*. New York: Adelphi University.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: The development of Masculinity and Femminity*. New York: Science House.

Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender. The Transsexual Experiment*. New York: Jason Aronson-Mc Grow Hill.

Stoller, R. J. (1979). Fathers of transsexual children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 837-866.

Surtees, P.G. (1980). Social Support, Residual Adversity and Depressive Outcome. *Social Psychiatry*, 15, 71-80

Swaab, D. F., Hofman, M. A. (1995). Sexual differentiation of the human hypotalamus in relation to gender and sexual orientation. *Trends in Neurosciences*, 18, 264-270.

**Z.**

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transexuality. *Nature*, 378, 68-70.

Zucker, K. J., Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psycosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.

Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from childhood: Ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 363-369.

**SITOGRAFIA**


http://progettogenderqueer.wordpress.com/

http://www.edoardobettini.com/disturbo-dell-identita-di-genere.html

http://www.biosofia.it/animacorpo_2009/Scaglione_transessualit%C3%A0.pdf

http://www.scienzepostmoderne.org/DiversiArticoli/RappresentazioniTransessuale.html

community.pflag.org - Welcoming our trans family and friends, guida di supporto.

www.mit-italia.it

http://www.onig.it/drupal6/?q=node/14

http://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/notizie/cronaca/2009/6-novembre-2009/trans-annozero-minacciata-vicini-casa--1601969079791.shtml

http://iltirreno.gelocal.it/lucca/cronaca/2013/10/07/news/niente-casa-in-affitto-alla-trans-1.7879416

http://www.monicaromano.it/

https://www.google.it/search?q=CARATTERISTICHE+PSICOLOGICHE+E+COMPORTAMENTO+SESSUALE+DEI+PARTNERS+DEI+TRANSESSUALI+M.+Molo,+P.+Cantafio&rls=com.microsoft:it:%7Breferrer:source%3F%7D&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7ACAW_itIT388IT388&gws_rd=cr&ei=fvRaUqPFL8aN7QbqzoCADA#q=CARATTERISTICHE+PSICOLOGICHE+E+COMPORTAMENTO+SESSUALE+DEI+PARTNERS+DI+TRANSESSUALI+M.+Molo,+P.+Cantafio&rls=com.microsoft:it:%7Breferrer:source%3F%7D&spell=1

http://www.fondazionecarlomolo.it/files/Il%20transessuale%20nella%20relazione%20di%20coppia%20(1).doc