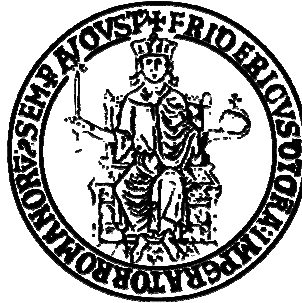


**Università degli Studi di Napoli Federico II**



**Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche e Pedagogiche  
Dottorato in Studi di Genere (XXIV ciclo)**

Coordinatore: Prof.ssa Caterina Arcidiacono

**La complessità dello sviluppo dell'identità di genere in bambine  
con DSD**

**Tutor**  
Ch.mo Prof.  
Paolo Valerio

**Dottoranda**  
Dott.ssa  
Fabiana Santamaria

Anno Accademico 2010-2011

## INDICE

<b>Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>1. La chirurgia genitale nelle bambine con DSD: cenni storici.....</b>	<b>10</b>
1.1 Storia dei DSD.....	10
1.2 Dibattito sociale .....	13
<b>2 Pubertà e adolescenza: sviluppo tipico e atipico dell'identità di genere.....</b>	<b>19</b>
<b>Premessa .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Sviluppo tipico dell'identità.....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Freud.....	24
2.1.2 Klein.....	26
2.1.3 Winnicott .....	28
2.1.4 Gaddini .....	30
2.1.5 Bick .....	31
<b>2.2 Sviluppo atipico dell'identità.....</b>	<b>32</b>
2.2.1 Stoller.....	32
2.2.2 Di Ceglie .....	34
2.2.3 Zucker.....	35
<b>3. La ricerca.....</b>	<b>37</b>
3.1 Contesto specifico .....	37
3.2 Ipotesi.....	37
3.3 Obiettivi del progetto .....	38
3.4 Metodologia.....	39
3.4.1 Soggetti .....	39
3.4.2 Strumenti.....	39
3.4.3 Procedure .....	46
3.4.4 Tecniche di analisi dei dati.....	49
3.5 Analisi dei dati .....	58
3.5.1 Analisi Clinica.....	59
3.5.2 Statistica descrittiva .....	71
3.5.3 Statistica inferenziale .....	76
3.6 Risultati .....	98
<b>Discussione e conclusioni .....</b>	<b>105</b>
<b>APPENDICE 1.....</b>	<b>112</b>
<b>APPENDICE 2.....</b>	<b>114</b>
<b>APPENDICE 3.....</b>	<b>116</b>
<b>APPENDICE 4.....</b>	<b>119</b>
<b>APPENDICE 5.....</b>	<b>125</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>128</b>

## **Tesi di dottorato**

### **La complessità dello sviluppo dell'identità di genere in bambine con DSD**

**Candidata: Dott.ssa Fabiana Santamaria**

**Tutor: Prof. P. Valerio**

**Referenti scientifici:**

**Prof.ssa M. Salerno, Settore di Endocrinologia Pediatrica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"**

**Prof. P. Valerio, Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata, Università degli Studi di Napoli "Federico II"**

### **Introduzione**

Nel corso dell'ultima decade, la cura ed il trattamento di bambini nati con problemi che rientrano in quell'area che era in passato definita dell'intersessualità è stata argomento di un dibattito controverso che ha visto il confronto tra pediatri endocrinologi, chirurghi, urologi, ginecologi, genetisti, psicologi e neonatologi impegnati nella ricerca delle soluzioni più idonee per affrontare una situazione che presenta molte implicazioni non solo sul piano medico, ma anche su quello etico e psicosociale.

Le sindromi intersessuali rappresentano condizioni molto diverse, dovute a cause congenite, determinate da alcune incongruenze in uno o più livelli della differenziazione sessuale (*cromosomico, gonadico, ormonale o genitale*). Per tale motivo, il termine con cui frequentemente ci si riferisce ad esse è *Disordini della Differenziazione Sessuale (DSD)*.

Attualmente l'incidenza di queste condizioni nella popolazione non è nota, ma si è stimato un range che varia dallo 0.1% al 2% (Blackless et al., 2000). Più di recente, nel 2006, il *Chicago Consensus Statement on management of intersex*

*disorders*, il più accreditato consenso di specialisti in Pediatria e Psicologia Clinica nell'ambito dei DSD, segnala la presenza di anomalie genetiche nel rapporto di 1 su 4500 nuove nascite.

I fattori responsabili delle differenti condizioni biologiche determinanti i DSD possono essere molto diversi e possono essere così raggruppati:

- anomalie del normale appaiamento dei cromosomi sessuali;
- alterata produzione ormonale;
- alterate risposte dell'organismo agli ormoni che determinano la differenziazione sessuale;
- alterata esposizione agli ormoni durante la vita intrauterina (Di Ceglie, 2003).

Attualmente per i DSD viene comunemente utilizzato il sistema di classificazione endocrino elaborato da Conte e Grumbach (2003). Attraverso di esso si può osservare come lo sviluppo sessuale atipico sia presente in diverse sindromi e condizioni correlate, le più frequenti delle quali sono l'Iperplasia Congenita del Surrene, la Sindrome di Turner, la Sindrome di Klinefelter, la Sindrome di Morris oltre ad alcuni difetti enzimatici specifici.

Vediamole brevemente, con riferimento in particolare alle problematiche che comportano riguardo al genere, soffermandoci soprattutto sull'iperplasia congenita del surrene e sulla sindrome di Turner, condizioni delle quali mi occuperò più nello specifico in questo lavoro.

**L'Iperplasia Congenita del Surrene**, definita anche Sindrome Adreno Genitale (SAG) è una malattia ereditaria che colpisce entrambi i sessi. Essa è causata da un difetto enzimatico, trasmesso geneticamente, che riguarda la sintesi degli ormoni prodotti nelle ghiandole del surrene. La ridotta sintesi di questi ormoni determina, come conseguenza, un arresto nella "catena di montaggio" regolata dall'ipofisi che, a seconda della carenza ormonale, può determinare diverse forme cliniche della sindrome:

- la forma classica con perdita di sali;

- la forma classica virilizzante semplice;
- la forma non classica ad insorgenza tardiva;
- la forma non classica criptica.

Nella forma classica, che insorge precocemente alla nascita, vi è la carenza di cortisolo e aldosterone che, nelle prime settimane di vita del neonato, di entrambi i sessi, causa vomito, diarrea, perdita di peso, disidratazione e shock. Se non riconosciuta repentinamente, tale condizione può portare anche alla morte del bambino.

La virilizzazione, causata dall'eccesso di androgeni durante la vita intrauterina, alla nascita è evidente solo nelle femmine che possono acquisire alcuni caratteri sessuali maschili. L'ambiguità genitale della bambina diventa, pertanto, il "campanello d'allarme" per indirizzare la diagnosi del pediatra, prima che il difetto enzimatico possa causare seri danni alla vita della piccola paziente. Ripristinato l'equilibrio enzimatico, attraverso la somministrazione di ormoni surrenali che dovranno essere presi a vita, si attende per osservare se la virilizzazione dei genitali esterni si riduce; in caso contrario sarà effettuato alla piccola paziente un intervento chirurgico teso ad eliminare l'ambiguità genitale.

Nei maschi la virilizzazione naturalmente non causa un'ambiguità genitale, ma proprio per tale motivo, questa condizione si rivela ben più pericolosa dal momento che l'insufficiente produzione di ormoni surrenali può mettere seriamente a rischio la vita del bambino prima ancora che i medici si siano resi conto del problema. Anche in questo caso la carenza di ormoni surrenali dovrà essere sopperita attraverso somministrazioni quotidiane a vita.

Esistono delle forme ad insorgenza tardiva. In questo caso le bambine presenteranno un normale aspetto dei genitali esterni alla nascita, ma crescendo si osserverà una precoce comparsa di peluria pubica ed ascellare, accelerazioni della crescita, acne, irsutismo, ipertrofia clitoridea e policisti ovarica. Nei maschi l'iperandrogenismo sarà sottovalutato. È pertanto molto probabile che la frequenza di tale patologia risulti sottostimata.

Esistono, infine, delle forme criptiche, completamente asintomatiche, che saranno riconosciute solamente nel corso di studi genetici e con l'esecuzione di test ormonali specifici perché si è familiari di un paziente con ICS.

La **sindrome di Turner** è una sindrome legata ad un'alterazione nella struttura dei cromosomi, conseguente ad un errore nel corretto appaiamento dei cromosomi durante la meiosi. Essa può essere legata a diverse alterazioni cromosomiche, delle quali la

monosomia del cromosoma sessuale X è la più frequente. Gli individui con la sindrome di Turner sono quindi femmine, le cui caratteristiche femminili sono presenti ma poco sviluppate.

Esistono rari casi in cui vi è la presenza in queste bambine di un intero cromosoma Y o di piccoli frammenti di esso. Tali frammenti potrebbero determinare formazioni tumorali nelle gonadi. Per tale motivo, se vi è la scoperta in una bambina di frammenti di cromosoma Y vi è l'indicazione di una gonadectomia.

L'incidenza di questa condizione nella popolazione è stimata su circa 1/2000- 1/2500 nate vive, sebbene si ritenga che un numero molto elevato di feti che non giungono a termine sia affetto da alterazioni cromosomiche compatibili con la suddetta diagnosi.

La diagnosi di Sindrome di Turner è spesso suggerita dalla presenza di numerose alterazioni fenotipiche; essa può essere effettuata a qualsiasi età, ma i motivi di consultazione specialistica variano in base alla diversa fascia di età e i più frequenti sono:

- alla nascita: presenza di malformazioni degli organi interni (cardiopatie) o presenza di linfedema delle mani e dei piedi;
- infanzia: bassa statura;
- adolescenza: bassa statura e/o ritardo puberale.

La diagnosi può essere effettuata anche in epoca prenatale mediante esami strumentali come la villocentesi e l'ecografia ostetrico morfologica.

Soffermandoci in particolare sul sistema riproduttivo di queste bambine, le ovaie si sviluppano regolarmente per le prime 14-16 settimane di gestazione, successivamente gli ovociti vanno incontro ad una rapida involuzione ed il tessuto gonadico viene sostituito da tessuto connettivo. Tale processo è paragonabile, anche se è molto più rapido, a quello che avviene comunemente nelle donne, quando, molto gradualmente, giungono alla menopausa.

Nella maggior parte delle bambine con sindrome di Turner questo processo si è completato nei primi anni di vita così da considerare l'amenorrea primaria e la sterilità segni distintivi di questa condizione. Alle bambine, tuttavia, saranno somministrati estrogeni in età puberale che porteranno alla comparsa della ghiandola mammaria e dopo un paio di anni progestinici che indurranno una parvenza di ciclo mestruale. Rispetto al potenziale riproduttivo, è importante precisare che le nuove tecniche di criopreservazione degli ovociti o di tessuto ovarico e la fecondazione in vitro con ovociti di una donatrice hanno ampliato notevolmente la possibilità di procreazione di queste persone.

La **sindrome di Klinefelter** è dovuta ad un'anomalia cromosomica, in particolare alla presenza di un cromosoma in più nella coppia di cromosomi sessuali: il cariotipo più frequente è 47,XXY. La presenza del gamete Y consente di affermare che si tratta di maschi, sebbene il sovrannumero cromosomico alteri molte caratteristiche. In particolare, i pazienti affetti da tale sindrome presentano un'insufficiente virilizzazione, testicoli piccoli, ginecomastia e sterilità. Essa è la forma più comune fra le anomalie della differenziazione sessuale, con una prevalenza di 1 nuovo caso ogni 500 neonati maschi (circa).

La **sindrome di Morris**, detta anche sindrome da insensibilità agli androgeni (AIS), comporta un'interruzione dell'apparato riproduttivo nel feto; ciò significa che una persona con AIS presenta cromosomi sessuali maschili (XY) e nel suo corpo si sviluppano i testicoli embrionali che iniziano a produrre androgeni. Tali ormoni maschili, tuttavia, non possono completare uno sviluppo dei caratteri maschili a causa di una rara insensibilità dei tessuti fetali agli androgeni. Esistono due forme di insensibilità agli androgeni, parziale e totale, e quest'ultima è la più complessa e grave. La forma parziale può associarsi a vari gradi di virilizzazione causati appunto dalla parziale insensibilità agli androgeni. Nella forma totale, invece, mentre gli organi sessuali interni sono maschili, le caratteristiche genitali esterne si sviluppano seguendo le linee femminili. Una bambina con sindrome di Morris (perché attualmente i portatori di tale sindrome sono dichiarati alla nascita come femmine) avrà, quindi, cromosomi maschili, testicoli che molto probabilmente dovranno essere rimossi alla nascita, una vagina a fondo cieco che comporterà interventi di vario tipo in adolescenza per creare un canale vaginale e non avrà utero e tube.

Da quanto finora detto, si può ben comprendere come queste condizioni sollevino naturalmente problematiche di diversa natura, relative al timing e alla modalità "ideale" per la comunicazione della diagnosi al paziente e alla sua famiglia, nonché alla gestione delle sue conseguenze sul piano psicologico, agli esiti di una diagnosi tardiva (perché scoperta o rivelata tardivamente), alla tempestività nell'attribuzione del sesso alla nascita (ICS), alla gestione della cronicità della malattia che, sul piano concreto e fantasmatico, inevitabilmente

sollecita incertezze e angosce nei pazienti in via di sviluppo e nei loro genitori, costantemente alle prese con la complessa elaborazione di una profonda ferita narcisistica e del *lutto* per la perdita del bambino sano *desiderato* (Solnit, 1987) con la conseguente accettazione del bambino reale.

La nascita di un bambino con un Disordine della Differenziazione Sessuale, a causa delle alterazioni cromosomiche, potrebbe determinare, infatti, come abbiamo visto, delle ambiguità genitali e delle alterazioni dello sviluppo puberale e/o della fertilità e per tali motivi acquista per i genitori caratteri peculiari rischiando di comportare delle difficoltà nello strutturarsi dell'identità di genere del bambino. Il genere sessuale è, infatti, considerato, senza soluzioni intermedie, maschile o femminile. Il neonato con DSD, in particolare quello con ambiguità genitale, impone, invece, ai genitori, di dover tollerare per un po' di tempo l'ambiguità. L'incertezza del neonatologo per l'attribuzione del sesso al bambino, infatti, mette in moto un'emergenza medica e psicologica. Il pediatra endocrinologo, pertanto, è chiamato urgentemente per fare una diagnosi e sottopone il neonato a specifiche indagini che includono cariotipo, ecografie e misurazione di alcuni specifici ormoni. Il risultato di tali indagini è disponibile generalmente in 48 ore e consente di fare una diagnosi e, quindi, attribuire il sesso al bambino secondo standard eticamente definiti.

L'emergenza medica e psicologica cui bisogna far fronte con queste sindromi deve far riflettere anche per un altro motivo; è stato, infatti, rilevato nell'ultimo Consensus di pediatria sui DSD (2006) che l'insoddisfazione relativa al proprio genere è molto più frequente in queste persone che nella popolazione generale. Tale dato ci porta naturalmente a riflettere su quali possono essere i fattori che influiscono sullo strutturarsi di problematiche relative al genere in questi bambini visto e considerato che un orientamento omosessuale o il desiderio di un cambiamento di sesso non sono indicatori di una scorretta assegnazione del sesso alla nascita (Consensus, 2006).



Tale progetto si propone, pertanto, all'interno di uno studio esplorativo su un gruppo di soggetti numericamente significativo in età puberale, di esplorare quanto l'ambiguità genitale di una bambina, la sua sterilità, la sua virilizzazione, oltre ai numerosi interventi chirurgici ai quali molto probabilmente sarà sottoposta, possano influire sulle rappresentazioni genitoriali riguardo al genere della bambina e di conseguenza sullo strutturarsi dell'identità di genere della bambina. I dati così ottenuti saranno utilizzati per riflettere sul tipo di assistenza di cui necessitano queste famiglie e rappresenteranno la base per successivi studi longitudinali. Da ciò si comprende come questo progetto si configuri come una ricerca-intervento esplorativa tesa al benessere di una famiglia a cui nasce una figlia con un DSD.

# CAPITOLO 1

## **1. La chirurgia genitale nelle bambine con DSD: cenni storici**

### **1.1 Storia dei DSD**

Le importanti scelte che deve prendere un medico e la famiglia di un bambino con DSD rispetto all'attribuzione del sesso alla nascita e ad eventuali interventi chirurgici ai genitali, hanno imposto al Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) di stilare un documento che possa essere un valido supporto alle spesso molto difficili decisioni da prendere quando nasce un bambino con una diagnosi di DSD. Si tratta, infatti, di una questione di considerevole interesse bioetico e biogiuridico e di particolare delicatezza, in quanto pone al centro della riflessione l'identità sessuale del minore (nelle diverse componenti fisica, psichica e sociale), le complesse decisioni di intervento sul corpo e sulla psiche da parte del medico, le modalità di consulenza ai genitori e agli stessi bambini quando raggiungono un sufficiente grado di consapevolezza, le implicazioni personali, sociali e giuridiche per i soggetti affetti da tali condizioni.

Ma vediamo gradualmente come i criteri di assegnazione del sesso e gli interventi chirurgici ai genitali di bambini con DSD siano andati modificandosi nel tempo.

Tradizionalmente il sesso era considerato una realtà antropologica primariamente corporea finalizzata alla procreazione: i dati somatici costituivano il criterio fondamentale per la determinazione del sesso di appartenenza. L'unica possibilità per affrontare il problema era quella della normalizzazione sociale ed univoca ad un sesso, quello prevalente sul piano biologico (CNB, 2010).

Nel XVI secolo, con la nascita della scienza biologica si affermarono criteri di identificazione sessuale più rigorosi in riferimento alla specificità anatomico-fisiologica del maschio e della femmina. Per il sesso maschile divenne criterio

discriminante la presenza dei testicoli, per il sesso femminile il riscontro del flusso mestruale e la presenza dell'utero (CNB, 2010).

Dalla seconda metà del XIX secolo, le scoperte fisiologiche nella definizione dei caratteri sessuali, condussero a riconoscere nelle gonadi l'elemento determinante del vero sesso di una persona. Per cui alla maggior parte delle persone con ambiguità genitali, possedendo gonadi o maschili o femminili, il sesso poteva essere attribuito senza indugi (CNB, 2010).

È a partire dalla metà del XX secolo che fu introdotto il criterio del sesso genetico per l'identificazione sessuale.

Attualmente le recenti conoscenze scientifiche hanno fatto emergere la consapevolezza che la sessualità di una persona non è riconducibile ad un solo aspetto, per quanto rilevante esso possa essere: la sessualità ha, infatti, componenti fisiche (somatiche, anatomico-fisiologiche, gonadiche e genetiche) e psichiche e nell'assegnazione del sesso è necessario tener conto di tutti questi aspetti (CNB, 2010).

Le pratiche chirurgiche su bambini con DSD hanno avuto origine negli anni '50 dello scorso secolo con la teoria ed il lavoro di J. Money (1921- 2006) il quale sosteneva la irrilevanza dell'identità sessuale genetica e gonadica nella convinzione che l'identità sessuale derivi dalla strutturazione psichica quale conseguenza indotta dall'educazione familiare e dalla socializzazione. Egli riteneva, pertanto, che un'immediata assegnazione del sesso al bambino e un intervento chirurgico che rimuovesse l'ambiguità genitale rappresentassero i migliori elementi predittivi in vista della definizione dell'identità di genere di un adulto (Williams, 2002). Money, infatti, aveva teorizzato che i bambini al di sotto dei due anni fossero psicosessualmente "neutrali" e ciò consentiva un'assegnazione precoce del sesso basata sull'apparenza dei genitali, sulla funzione sessuale e, non ultimo, sul desiderio dei genitori. Naturalmente il successo di questo trattamento dipendeva dal modo in cui l'incertezza genitale del bambino veniva presentata e spiegata ai genitori. Essi, infatti, dovevano essere rassicurati rispetto al fatto che il sesso assegnato fosse quello "reale", anche

quando ciò non poteva essere veramente accertato. L'idea di poter quasi magicamente risolvere la questione nascondendo al bambino la propria ambiguità genitale, troppo difficile da accettare, sosteneva la rapidità e la precocità di questi interventi chirurgici "correttivi". Fino al 1960, quindi, tutti i bambini nati con genitali ambigui furono "tempestivamente" trattati chirurgicamente e probabilmente ancora oggi alcuni di essi sono "inconsapevoli" della loro condizione. L'efficacia di questo trattamento, comunque, non era stata dimostrata a causa dell'assenza di ricerche di follow-up a lungo termine.

I primi studi in opposizione a quelli di Money arrivano nel 1997 (Reiner, 1997), ma è nel 2004 che Reiner e Gearhart (Reiner e Gearhart, 2004) pubblicano uno degli studi più importanti su questo tema: essi osservarono 16 maschi genetici, di età compresa tra i 5 e i 16 anni, che soffrivano di estrofia cloacale. Da neonati, 14 dei 16 soggetti erano stati sottoposti alla riassegnazione sessuale, sociale, legale e chirurgica in femmine. I genitori degli altri due soggetti rifiutarono la riassegnazione sessuale e i bambini furono cresciuti come maschi. Gli autori, attraverso l'uso di dettagliati questionari, rilevarono che 8 dei 14 soggetti rassegnati al sesso femminile, dichiaravano di essere maschi, mentre i due soggetti assegnati come maschi si identificavano come maschi. Notarono, inoltre, che *"Tutti e 16 i soggetti avevano interessi e atteggiamenti moderatamente o marcatamente maschili"* (Reiner e Gearhart, 2004).

Il modello sostenuto da Money è stato oggetto di ulteriori critiche nel 2004, quando la cronaca ha riportato l'eclatante caso di un bambino trattato da Money secondo i suoi metodi, noto come "il caso di John/Joan".

Nel 1972, John Money e i suoi colleghi alla Johns Hopkins University riferirono di aver riassegnato con successo il sesso di un bambino, David, di 8 mesi parte di una coppia di gemelli, che aveva subito incidentalmente l'abrasione del pene durante una circoncisione (Colapinto; 2001). Ritenendo secondo la convinzione ampiamente diffusa in quel periodo che gli individui fossero psicosessualmente neutrali alla nascita, Money suggerì ai genitori di dare al bambino un nome

femminile e di crescerlo come una bambina. Al bambino furono effettuate una rimozione dei testicoli e una neovagina preliminare per facilitare la femminilizzazione e aiutare il bambino e la famiglia a identificarlo come femmina. Visite annuali sembravano confermare il successo di questo trattamento.

Nel 1997, tuttavia, Diamond e Sigmundson e, nel 2001, John Colapinto sostennero che il famoso caso trattato da Money in realtà era stato un tragico fallimento.

Nonostante fosse stato cresciuto come una bambina, gli fosse stato detto da sempre di essere una femmina e pur avendo genitali all'apparenza femminili, David mantenne sempre una forte percezione della sua identità maschile. Quando, intorno ai quattordici anni, divenne chiaro ai genitori di David che l'esperimento era fallito miseramente, essi dissero al figlio cosa era successo e lui immediatamente cessò l'assunzione di estrogeni e cominciò il trattamento con il testosterone. La sua vita andò avanti, e David giunse a sposarsi come uomo e a fare da genitore per un bambino, ma non superò mai davvero il trauma di quella scoperta e si suicidò nel maggio del 2004.

## **1.2 Dibattito sociale**

Tali casi, così come studi più recenti (Diamond and Sigmundson, 1997; Berenbaum, 2003; Heino et. al, 2004, Carmichael, 2006, Richter-Appelt, 2007) hanno, dunque, contraddetto l'approccio di Money, dimostrando come in realtà lo sviluppo dell'identità di genere in neonati con DSD non sia un processo malleabile, facilmente prevedibile dall'infanzia. Le linee guida elaborate da Diamond e Sigmundson (1997) cercano, pertanto, di armonizzare l'identità sessuale con la vita sessuale adulta e la fertilità, nel tentativo di orientare il trattamento terapeutico e l'educazione tenendo conto di diversi fattori nella scelta del sesso: fenotipo prevalente, cariotipo, eventuale fertilità, funzionalità sessuale,

influsso ormonale nella sessualizzazione cerebrale. I trattamenti chirurgici sono consigliati solo se necessari terapeuticamente e nei casi estremi e rari in cui la diagnosi sia incerta, è raccomandata la posticipazione dell'intervento, la scelta di un nome che possa essere utilizzato al maschile e al femminile e un'educazione che lasci spazio alle inclinazioni spontanee e alla libera espressione sia maschile sia femminile, affinché sia il soggetto stesso, raggiunta una sufficiente consapevolezza e maturazione sotto il profilo cognitivo-emotivo, ad essere coinvolto nella decisione.

Chase (1998), fondatrice della Intersexed Society of North America, ha espresso scetticismo nei confronti delle indicazioni di Diamond e Sigmundson. Nel 2006, infatti, le linee guida elaborate dalla Intersexed Society of North America ribadiscono la necessità di un criterio diagnostico nelle ambiguità sessuali e della rilevanza, accanto agli indici somatici e funzionali, anche della individuazione dei fattori genetici ed endocrini in fase prenatale; propongono, inoltre, che gli interventi medici e chirurgici siano effettuati solo di fronte ad un'imminente minaccia per l'integrità fisica del soggetto, non forzando il paziente verso una "normalizzazione" sociale che potrebbe provocargli danni. Tali linee guida invitano, nei casi in cui non vi sia un'urgenza medica, a ritardare gli interventi chirurgici e a posticipare i trattamenti ormonali per consentire una partecipazione attiva del soggetto alla decisione. Si ritiene, inoltre, che alla famiglia vada comunicata la verità evitando forme di stigmatizzazione e garantendo un adeguato sostegno psicosociale, anche mediante la formazione di équipe multidisciplinari che sappiano affrontare questi casi. Secondo questa prospettiva, non è la modificazione chirurgica del bambino che può alleviare l'ansia dei genitori o favorire l'accettazione sociale, ma un appropriato sostegno e un supporto psicologico ed educativo nella scelta, qualunque essa sia.

La convinzione di Chase è che, anche se l'attribuzione di sesso risulta necessaria per la costruzione di un'identità sociale stabile, non ne consegue che la società debba effettuare interventi chirurgici forzati per ricreare un corpo secondo l'immagine sociale di un genere stabilito. Interessante è, a tal riguardo, il punto di

vista della Butler (2006) che in “La disfatta del genere”, scrive: “E’ possibile immaginare un mondo in cui le persone sessualmente ibride possano essere accettate e amate senza doversi trasformare in una versione del genere conforme alla norma o socialmente più coerente?”.

È di settembre 2011 la notizia di una coppia di genitori canadesi che hanno deciso di far crescere il proprio bambino senza dichiararne il sesso, così da consentirgli di poter seguire liberamente le proprie inclinazioni. Tale bambino non presentava alcuna ambiguità genitale. Lo scalpore suscitato da questa notizia ha già creato due fazioni: da una parte ci sono i sostenitori convinti dell’importanza di consentire ad un bambino di poter scegliere il proprio sesso; dall’altra, gli oppositori che ritengono inverosimile e innaturale far crescere un bambino realmente in modo neutro, perché sempre un genitore, anche se inconsciamente, attribuirà il genere da lui desiderato al proprio bambino.

Nonostante queste divergenti posizioni, attualmente i bambini con DSD subiscono molti interventi chirurgici che impediscono loro di poter scegliere il proprio sesso di appartenenza essendo stato stabilito nel *Consensus Statement on Management Intersex Disorders* del 2006 opportuna un’assegnazione precoce del sesso sulla base di un’attenta valutazione diagnostica che tenga conto delle indicazioni obiettive, ritenendo che ogni soggetto debba ricevere un’assegnazione sessuale al fine di evitare i danni possibili di un’educazione ambigua.

Fa riflettere, tuttavia, quanto emerso da questo *Consensus* (2006) rispetto alla probabilità che bambini con DSD sviluppino in futuro problematiche relative all’area dell’identità di genere; alla cui definizione, com’è noto, concorrono componenti complesse e di diversa natura, che investono il piano biologico-ormonale, quello socio-culturale e, non ultimo, un livello psicologico profondamente fantasmatico che attiene agli scambi relazionali tra il bambino e i suoi genitori.

In Italia, pertanto, nel 2010 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha stilato un documento a sostegno delle scelte di medici, genitori e bambini con DSD che, in breve, auspica:

- a) ove la diagnosi sia possibile, crescere il bambino in senso maschile o femminile;
- b) nei casi di ambiguità genitale, sia opportuna un'assegnazione sessuale condivisa tra i genitori e i medici;
- c) eventuali interventi chirurgici siano effettuati solo se strettamente necessari;
- d) nel caso di posticipati interventi chirurgici, sia garantito al soggetto un supporto psicologico;
- e) in caso di discrepanza tra sesso assegnato e sviluppo dell'identità sessuale, sia facilitato, in via legislativa, il cambiamento del sesso anagrafico;
- f) che siano incentivati studi a lungo termine e la ricerca.

In linea con quanto stabilito dalle linee guida internazionali, attualmente la chirurgia genitale viene effettuata in tutte quelle bambine (specialmente con ICS) la cui ambiguità genitale è così evidente da ostacolare il corretto assegnamento al sesso d'origine. In alcuni casi, in adolescenza queste pazienti dovranno subire un ulteriore intervento chirurgico ai genitali per migliorare l'aspetto estetico o per ampliare il canale vaginale.

In alcune di queste pazienti (Morris e Turner con frammenti di Y) viene spesso effettuata la gonadectomia perché, dopo i 20 anni, esiste il rischio di formazioni tumorali nelle gonadi. Sebbene il rischio di tumori sia davvero esiguo prima dell'età adulta, questa talvolta viene praticata durante l'infanzia allo scopo di evitare crisi psicologiche in una fase della vita, l'adolescenza, in cui sono già presenti numerosi problemi da affrontare. Quando la gonadectomia viene effettuata durante l'infanzia, la terapia ormonale sostitutiva a base di ormoni femminili sarà iniziata solitamente a 10-11 anni per consentire l'inizio della pubertà.

È importante soffermarsi, inoltre, sull'ipoplasia vaginale (presente nelle Morris) che, se scoperta da sole o attraverso i primi approcci sessuali col partner, potrebbe causare seri traumi alle adolescenti. Sarebbe preferibile, pertanto, una graduale e



idonea comunicazione anche rispetto alle possibilità di trattamento che dalla procedura meno invasiva a quella più invasiva risultano essere rispettivamente: la dilatazione mediante pressione effettuata dalla paziente stessa, un intervento semi-chirurgico teso ad accelerare la dilatazione e solo infine un intervento chirurgico vero e proprio.

L'attuale letteratura e le diverse associazioni dibattono molto su queste pratiche chirurgiche che impediscono alle giovani pazienti di poter scegliere il proprio sesso, avvalorati in questo da recenti studi (Cohen Kettenis, 2005; Consensus 2006) che evidenziano problematiche molto frequenti nell'area dell'identità di genere in queste pazienti.

Si può ben comprendere allora l'importanza di un documento Ministeriale stilato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) che, dopo un inquadramento storico e clinico del problema, basandosi sulle linee guida bioetiche internazionali sottoscrive che “ogni intervento medico nei casi di DSD deve avere come obiettivo quello di armonizzare elementi di disarmonia sul piano fisico-psichico e sociale; ogni intervento sul corpo deve essere guidato dal principio del miglior interesse per il bambino, evitando mutilazioni non necessarie (tali interventi andrebbero attuati solo in condizioni di urgenza, essendo preferibile attendere che il soggetto raggiunga una maturazione che consenta di esprimere il consenso); la famiglia e il minore stesso vanno adeguatamente sostenuti psicologicamente e la comunicazione deve essere attenta e graduale”.

Molti ancora sono, tuttavia, i nodi critici sui quali la comunità scientifica si sta interrogando, elementi su cui è necessario riflettere da una prospettiva integrata medico-psicologica (Berenbaum, 2003; Richter-Appelt, 2007): l'*attribuzione* del genere sessuale, ovvero su quali criteri basarsi tenendo conto della ricaduta che tale assegnazione ha sulla costruzione dell'identità di genere dell'individuo; l'uso della chirurgia ricostruttiva genitale, ovvero se sia necessaria e in quali casi, quali vantaggi e quali rischi può comportare e soprattutto quale sia il momento più opportuno per applicarla; la gestione della comunicazione della diagnosi ai

genitori e al paziente, quando e in che modo comunicarla; l'approccio interdisciplinare medico-psicologico, come punto di partenza per l'accompagnamento del paziente e della famiglia lungo il complesso iter diagnostico e terapeutico, e come concreto sostegno al lavoro dei medici. In quest'ottica va, quindi, la realizzazione di un intervento congiunto medico-psicologico rispetto alla costruzione del processo diagnostico e terapeutico di cui si è cominciato a fare esperienza in questi anni di lavoro.

## CAPITOLO 2

### **2 Pubertà e adolescenza: sviluppo tipico e atipico dell'identità di genere**

#### **Premessa**

La fascia d'età che va dagli 11 ai 14 anni è comunemente considerata una fase della vita estremamente delicata a causa delle “trasformazioni” fisiche e psichiche che porteranno inevitabilmente a divenire uomini e donne con l'instaurarsi, in maniera definitiva, dell'immagine di sé come maschio e come femmina. La risoluzione del conflitto edipico implica la fissazione dell'identificazione sessuale principale e la definizione del nucleo dell'immagine corporea, consentendo l'instaurarsi dell'organizzazione sessuale definitiva che deve includere la rappresentazione di genitali fisicamente maturi (Laufer, 1986). Se da una parte, è ben nota la complessità del mondo interno del bambino in fase pre-puberale, bisogna considerare quanto nel lavoro clinico con bambini con DSD ci si debba confrontare costantemente anche con una realtà esterna, che inevitabilmente incide sullo sviluppo del bambino.

Uno studio effettuato in fase pre-puberale deve necessariamente tener presente la delicatezza di questa fase evolutiva e, in particolare, una ricerca effettuata su bambine che presentano delle ambiguità legate al genere, fa porre degli interrogativi. Ci potremmo chiedere, ad esempio, riflettendo sulla relazione pre-edipica tra la bambina e il proprio corpo, quanto la bambina operi un investimento libidico narcisistico sul suo corpo o quanto sia vulnerabile ai suoi impulsi autodistruttivi (Laufer E. In Breen 2000). È ben noto che il predominio di un investimento narcisistico è fondamentale per un adeguato sviluppo femminile, non solo del proprio corpo, ma anche per il piacere che si potrà trarre dal corpo del proprio bambino (Laufer E. In Breen 2000). Ma viene da chiedersi: quando vengono effettuati degli interventi chirurgici ai genitali in una fase pre-edipica, come accade per le bambine con ICS, o in una fase pre-puberale, fase

altrettanto delicata, come accade con le bambine con sindrome di Turner con frammenti di Y, quanto la bambina può protendere verso impulsi autodistruttivi che potrebbero incidere sul suo futuro sviluppo identitario? E quanto le rappresentazioni di una madre che ha investito narcisisticamente il proprio corpo e che avrebbe dovuto trarre piacere dal corpo della propria figlia, può inconsciamente mandare messaggi contraddittori a queste bambine, incidendo sul loro sviluppo identitario?

Questi interrogativi mi hanno portata a ritenere indispensabile scrivere un capitolo teorico sulla pubertà e su come si va gradualmente strutturando l'identità del bambino e, in particolare, della bambina.

In questa fase della vita è possibile osservare i cambiamenti pubertari legati al corpo e alle sue trasformazioni e l'attivazione di una specifica fantasmizzazione nell'immaginario, evidente in tematiche e problematiche che riguardano l'identità (Carbone Tirelli, 2006). La maturazione del corpo, infatti, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari è, talvolta, così veloce e al di fuori del proprio controllo che, considerata come una fisiologica *crisi identitaria*, costringe i ragazzi a modificare il rapporto con se stessi e a confrontarsi con il genitore dello stesso sesso per consolidare l'appartenenza ad un genere (Carbone Tirelli, 2006). Lo strutturarsi dell'identità di genere sarebbe l'esito di una fase successiva, avvenuta in adolescenza, durante la quale si osserverebbe il passaggio alla genitalità attraverso un processo di riconoscimento e accettazione della differenza tra i generi e tra le generazioni (Petrelli in Carbone Tirelli, 2006). Durante l'adolescenza vi è poi una complessa ristrutturazione, sia nel ragazzo sia nella ragazza, delle passate identificazioni, dovuta alla necessità di integrare nell'immagine di sé il proprio corpo sessualmente maturo, passaggio indispensabile per l'acquisizione di un'identità adulta. Tale processo può, talvolta, essere ostacolato dal rifiuto inconscio della maturazione sessuale e dalla paura di assoggettarsi passivamente alle esigenze del corpo. È in questi momenti che si può verificare un "*breakdown evolutivo*", termine coniato dai Laufer (1986) per indicare una vera e propria "*frattura con*

*la realtà*” causata da una reazione dell’adolescente all’irruzione di fantasie che contengono desideri sia sessuali che aggressivi nei confronti del proprio corpo, fantasie che sono contrarie all’immagine che l’individuo ha del proprio corpo idealizzato (Laufer, 1986). L’immagine che l’adolescente ha di sé prima della pubertà, contiene, infatti, la fantasia inconscia di avere un corpo diverso da quello che si possiede in realtà e solo con l’avvento della pubertà, i repentini cambiamenti fisici fanno entrare il giovane in contatto con una realtà che non può più ripudiare. Per mantenere la deformazione originaria del passato, l’adolescente può ricorrere allora solo ad una frattura con la realtà un *“breakdown evolutivo nel quale l’adolescente rifiuta inconsciamente il proprio corpo sessualmente maturo e il concomitante sentimento di passività di fronte alle esigenze derivanti da questo corpo, con il risultato di ignorare o ripudiare i propri genitali o, nei casi più gravi, di sentirli diversi da come si vorrebbe che fossero. Si tratta di un arresto del processo di integrazione dell’immagine del corpo fisicamente maturo nella rappresentazione che l’adolescente ha di se stesso”* (Laufer, 1986, p.41). La gravità del *breakdown evolutivo* e le sue conseguenze sono determinate dal significato inconscio che l’adolescente conferisce a questo corpo sessuale e possono manifestarsi immediatamente, durante la pubertà, o solo molto più tardi, durante l’adolescenza (Laufer, 1986). Ma quanto possono influire le rappresentazioni dei genitori sulla rappresentazione che l’adolescente ha di se stesso? Sebbene gli studi relativi all’influenza del funzionamento mentale del genitore sullo sviluppo identitario del figlio in adolescenza e, in particolare, durante la pubertà, siano molto scarsi, non pochi autori sottolineano che tale influenza non si limita elusivamente al primissimo sviluppo infantile (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006). Che le rappresentazioni mentali dei genitori e, in particolare della madre, possano influenzare lo sviluppo psichico del bambino è, dunque, un dato certo nelle primissime fasi di vita del bambino ed ha da sempre costituito un punto di interesse centrale nelle teorie psicodinamiche. Secondo Bion e Winnicott, infatti,

il senso di identità del bambino troverebbe le proprie radici nelle fantasie della propria madre (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006).

Negli studi effettuati sulle rappresentazioni, si è evidenziato come le numerose e complesse esperienze soggettive che il bambino vive quotidianamente nella relazione con la madre, consentono la costruzione graduale di rappresentazioni generalizzate delle interazioni avute con lei (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006). Si può, dunque, parlare di rappresentazioni di esperienze di interazione con qualcuno che si costituiscono attorno a frammenti di esperienze di interazione reali o immaginate (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006). Nei primissimi anni di vita il bambino si trova inserito in un sistema di relazioni sociali che si fondano su aspettative reciproche e, mentre il bambino sviluppa gradualmente aspettative nei confronti degli altri, impara anche chi e che cosa egli stesso sia per gli altri (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006). La rappresentazione fornita dalla madre entra, in tal modo, a far parte del mondo rappresentazionale del bambino, divenendo un elemento centrale delle rappresentazioni del proprio sé (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006). Tali rappresentazioni possono, tuttavia, andare incontro ad una ristrutturazione in seguito alle diverse esperienze che nella vita si succedono e, tale riorganizzazione può avvenire soprattutto in adolescenza a causa della sensibilità e criticità del periodo (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006).

L'acquisizione nello sviluppo dell'identità di genere si articola, dunque, attraverso dimensioni eziologiche multiple che fanno riferimento ad aspetti biologici, psicologici, relazionali e socioculturali (Zucker, Bradley 1995).

A partire da questa premessa, proverò, pertanto, a delineare lo sviluppo tipico e, successivamente, atipico dell'identità di genere del bambino.

Il primo "oggetto" con il quale il bambino, di entrambi i sessi, entra in relazione alla nascita, è la madre e, di conseguenza, il primo nucleo di identità, per entrambi i generi sessuali, si costituisce nella relazione con una donna (Nunziante Cesàro, 1996). Il legame con la madre è, quindi, di fondamentale importanza per lo strutturarsi dell'identità del bambino: il bambino sperimenta un iniziale senso

di indifferenziazione primaria durante il quale non è in grado di discriminare la madre come “altro” da sé. Gradualmente, però, il bambino inizia a riconoscere la madre come esterna a sé e questo comporta una serie di movimenti in lui che innescano il processo di separazione e che danno inizio allo sviluppo dell'identità con la costituzione del Sé. A poco a poco, infatti, compare nella vita del bambino anche il padre, dapprima come madre estranea, poi esterna, che rappresenta il primo oggetto che si inserisce dall'esterno nel rapporto duale madre-bambino (Gaddini, 1977; Nunziante Cesàro, 1996). L'acquisizione per il bambino del secondo oggetto risulta particolarmente difficile in quanto egli deve perdere il rapporto di identità imitativa con la madre. Naturalmente tra maschi e femmine ci sono notevoli differenze, in quanto la bambina, per costituire la propria identità, pur se con notevoli ambivalenze, deve mantenere l'identificazione con la madre senza fondersi del tutto con essa; il bambino, invece, deve necessariamente separarsi dal suo primo oggetto d'amore, rimuovendo la primaria identità imitativa, ed orientare le sue identificazioni verso il padre per costituire la propria identità maschile (Nunziante Cesàro, 1996).

La presenza del padre diviene, quindi, fondamentale per la costituzione del Sé e dell'identità di genere attraverso la relazione triadica madre-padre-bambino e, a partire da Freud, il cosiddetto *triangolo edipico* è diventato un punto basilare della psicoanalisi, nonostante le differenti posizioni prese dai diversi autori (Nunziante Cesàro, 1996).

Dopo tale premessa, ritengo importante proporre, attraverso una breve disamina su alcuni autori di impostazione psicoanalitica, una cornice teorica che possa essere ritenuta rappresentativa dell'evolversi del concetto di Sviluppo dell'identità di genere nel bambino nella sua tipicità e atipicità.

## 2.1 Sviluppo tipico dell'identità

### 2.1.1 Freud

Una delle maggiori acquisizioni della psicoanalisi è stata la scoperta di una vita sessuale del bambino con attività e fantasie sessuali.

Prima di Freud (1856-1939) nessun autore, a quanto egli stesso scrive, ha riconosciuto la normalità di una pulsione sessuale nell'infanzia. Egli ritiene, invece, che il bambino, fin dalla nascita, presenti delle pulsioni sessuali. Sebbene Freud non avesse mai lavorato con i bambini, l'analisi delle persone adulte gli consentì di avanzare delle ipotesi sullo sviluppo della sessualità infantile e ne "I tre saggi sulla teoria sessuale" (1905), ampliando i concetti in successivi scritti (1923, 1924, 1925...etc), ha proposto un'accurata teoria della sessualità infantile.

Per chiarezza di esposizione ritengo importante accennare brevemente alle fasi di sviluppo del bambino, concentrandomi, un po' più nello specifico sulla fase fallica con il suo complesso edipico (Freud, 1905, 1923, 1924, 1925) per comprendere meglio, attraverso le identificazioni e le dis-identificazioni del bambino, come si possa strutturare la sua identità. La posizione freudiana, infatti, sebbene siano trascorsi molti anni, resta sempre un valido punto di riferimento.

Riconosciute delle *zone erogene* nel bambino, vale a dire parti del corpo che si presentano, in un dato momento, con un alto indice di "investimento energetico" (eccitazione), Freud ritiene che il primato di una zona erogena su un'altra, secondo un ordine costante, indichi lo scandirsi di *fasi* relative allo sviluppo della sessualità nel bambino.

Alla nascita la libido del bambino si concentra intorno alla *zona orale*. La suzione del latte dal seno della madre comporta un soddisfacimento del bisogno di nutrizione, ma anche una sensazione di piacere legata all'afflusso di latte caldo. Successivamente la libido si concentra intorno alla *zona anale*. La ritenzione delle feci, infatti, determina violente contrazioni muscolari che, nell'espulsione, esercitano un forte stimolo sulla mucosa determinando nel bambino una sensazione mista di piacere e dolore. Tra il terzo e il quinto anno di vita, la libido



del bambino si concentra intorno alle *zone genitali* con un'attenzione particolare rivolta, sia dal bambino che dalla bambina, al *fallo* (Freud, 1923). In questo periodo si manifesta in tutti i bambini, sia maschi sia femmine, anche se in momenti lievemente diversi, il cosiddetto *Complesso edipico*<sup>1</sup> che implica l'amore verso il genitore di sesso opposto e la rivalità nei confronti del genitore dello stesso sesso. Ma come si manifesta tale complesso nei maschi e nelle femmine? In un primo momento la pulsione sessuale genitale, presente in questo periodo, necessita dello stesso oggetto nei maschi e nelle femmine: la madre. Il padre è vissuto, invece, come un ostacolo alla realizzazione dell'ideale relazione duale madre-figlio. Ben presto, però accade, come scrive Freud, che il bambino e la bambina abbiano modo di osservare l'anatomia dei genitali del sesso opposto. Ciò determina una reazione diversa nei maschi e nelle femmine. Il bambino, temendo che il padre possa, attraverso l'evirazione (*Complesso di evirazione*), vendicarsi dell'amore che prova nei confronti della madre, esce dal Complesso edipico e si identifica col padre così da possedere ugualmente in fantasia la madre. La bambina, invece, riscontrando la sua *manca* anatomica diviene vittima dell'*Invidia del pene*. Anche se per un po' è confortata dalla speranza che crescendo riceverà un pene come quello del maschietto, si determina in lei il "*Complesso di mascolinità*" che, se non superato rapidamente, potrebbe creare difficoltà al normale sviluppo verso la femminilità (Freud, 1924, 1925). Vi sono delle bambine, tuttavia, che rifiutano di accettare la propria evirazione, si ostinano nella convinzione di possedere un pene e si comportano come se fossero dei maschietti (Freud, 1925).

La constatazione successiva di non avere un pene comporta nella bambina il desiderio di sostituirlo con un suo equivalente: un bambino. La femminuccia entra così nel Complesso edipico attraverso un tentativo di rivalsa nei confronti della madre che l'ha messa al mondo con un "*equipaggiamento insufficiente*". Il Complesso edipico trova, quindi, nella bambina, la sua massima espressione nel

---

<sup>1</sup> Il termine *Complesso edipico* prende il nome dalla tragedia greca di Sofocle (430 a.C. circa) che narra le gesta del re di Tebe Edipo che uccise il proprio padre e sposò la propria madre.

desiderio di ricevere dal padre un bambino, come sostituto del pene mancante. Quando la bambina, però, si rende conto che il padre non realizzerà questa aspettativa, si rivolge nuovamente alla madre e, identificandosi con lei, realizza la sua fantasia (Freud, 1905, 1924, 1925).

Il superamento del Complesso edipico determina, in entrambi i sessi, l'instaurarsi di un periodo, definito di *latenza*, in cui l'energia delle pulsioni sessuali, ancora presenti, è deviata dall'impiego sessuale e rivolta ad altri scopi (Freud, 1905). È solo con l'arrivo della pubertà che subentrano quei cambiamenti, fisici e psichici, che condurranno la vita sessuale infantile alla sua definitiva strutturazione (Freud, 1905).

### **2.1.2 Klein**

Con il suo lavoro, dedicato all'inizio prevalentemente ai bambini, Melanie Klein (1882-1960) ha esteso il campo delle conoscenze e delle scoperte di Freud formulando una teoria relativa allo sviluppo sessuale del bambino che, per certi versi, è un'evoluzione delle idee freudiane, ma per altri versi se ne discosta.

Fin quasi dall'inizio del suo lavoro, la Klein ha osservato che le relazioni inconsce del bambino, più che essere con oggetti interi (la madre) sono con *oggetti parziali* (seno) e, attraverso i processi di *proiezione* e *introiezione*, il bambino costruisce gradualmente il suo mondo interno costituito da oggetti ideali (*seno buono*) e oggetti persecutori (*seno cattivo*) scissi tra loro (Klein, 1970).

Quando il bambino, di ambo i sessi, subisce la frustrazione di non poter più avere il seno materno, assume come oggetto di gratificazione il pene del padre. Questo nel maschietto è alla base di possibili tendenze omosessuali, mentre il pene incorporato e col quale il bambino si identifica comporta la capacità di sviluppare un'eterosessualità soddisfacente. Nella bambina avviene il contrario. Il desiderio orale del pene paterno determina lo svilupparsi della ricettività genitale futura, mentre l'introiezione e identificazione col pene del padre favoriscono tendenze omosessuali. La Klein ritiene che quando la bambina rinuncia alla gratificazione

del seno materno, sposta la propria libido orale sul pene paterno che diviene, in tal modo, l'equivalente come organo di suzione, e si identifica con la madre (Klein, 1978).

Il nuovo oggetto di gratificazione (pene paterno) sia nella femminuccia che nel maschietto, determina la formazione di fantasie nelle quali il corpo della madre contiene il pene del padre, "donna con il pene", e gli dà il seno, rappresentato, dunque, come *oggetto combinato* (Klein, 1970, 1978).

La bambina subisce un'ulteriore frustrazione dalla madre, quando le viene negato anche il pene del padre e ciò la porta ad identificarsi con il padre, che la bambina immagina ottenga soddisfazione dal seno della madre che lei è stata dolorosamente costretta ad abbandonare. All'identificazione con il padre si associano, quindi, sentimenti di odio e di invidia verso la madre, oltre a desideri libidici per lei. L'identificazione con il padre servirebbe, quindi, alla bambina per "annientare" la madre e possedere in fantasia il pene del padre, castrandolo. Tutto ciò determina un senso di onnipotenza nella bambina che, pensando in questo modo di avere potere su entrambi i genitori, riesce a difendersi dall'angoscia. Ma il potere che la bambina sente di avere sulla madre, poiché ritiene di averla privata del pene paterno, la porta successivamente a volerla compensare e ciò fa sì che la bambina desideri un pene per effettuare la restituzione. La successiva *tendenza riparatoria* della bambina la porta a desiderare che i genitori siano di nuovo uniti e che, quindi, il padre gratifichi col pene la madre, mentre la madre guarisca con la vagina il pene leso del padre. È solo in questo momento, riconoscendo una madre "buona", che la bambina riesce ad identificarsi con lei (Klein, 1970, 1978).

E nel maschietto cosa accade?

Gradualmente *l'oggetto combinato* lascerà il posto alle singole imago del padre e della madre. Questo determina che la madre diventi oggetto delle pulsioni libidiche del bambino, mentre al padre saranno indirizzati odio e angoscia legati alla paura di castrazione (Klein, 1978).

Il timore che il padre possa castrarlo, fa sì che il bambino si identifichi con questo oggetto “cattivo”. Tuttavia, i poteri distruttivi che il bambino, attraverso questa identificazione, pensa di aver acquisito, fanno sorgere in lui sentimenti di colpa legati al timore di poter danneggiare con la potenza del suo pene la madre. Saranno, così, messe in atto delle tendenze riparatorie nei riguardi della madre e del pene paterno. In conseguenza di ciò, il bambino rinuncerà all’identificazione con un padre “cattivo”, perché oggetto d’angoscia, e la tramuterà in identificazione con un padre “buono” (Klein, 1978).

Bambini di entrambi i sessi attraversano, quindi, una fase di aggressività verso il corpo della madre e il pene in essa incorporato e le angosce che ne derivano influenzano lo sviluppo e le identificazioni future (Klein, 1978).

Se l’angoscia è eccessiva la bambina sarà incapace di identificarsi con la madre nel ruolo sessuale; quando l’angoscia, invece, non è eccessiva, la bambina si identifica con la madre e il desiderio di avere bambini diviene, non solo l’appagamento dei propri desideri, quanto un restauro della propria madre interna (Klein, 1978).

Anche nel maschietto un’angoscia eccessiva può determinare angosce ipocondriache rispetto al proprio corpo identificato con quello materno. Quando, invece, il bambino si identifica con il padre, l’angoscia eccessiva legata al timore di aver potuto distruggere la madre, può condurre alla fobia del corpo femminile (Klein, 1978).

### **2.1.3 Winnicott**

Allievo della Klein, che è stata uno dei suoi supervisori, ma dalla quale se ne discosterà, Winnicott (1896-1971), nella sua concezione teorica e pratica psicoanalitica, ha portato con sé un bagaglio di conoscenze derivante dalla pediatria.

In quel periodo la psicoanalisi era concentrata sulle più antiche esperienze di vita dell’individuo ed era, quindi, inevitabile che Winnicott concentrasse le sue

ricerche sulla prima infanzia; si soffermò, tuttavia, in particolare, sul gioco e sulla “capacità di giocare” e di operare, presente in qualunque individuo, in un’area intermedia tra la realtà interna (soggettiva) e la realtà esterna (oggettiva), uno spazio potenziale, quindi, che nega l’idea di spazio e di separazione tra il lattante e la madre. Ben presto, infatti, anche Winnicott si rese conto dell’importanza della relazione madre-bambino nello sviluppo dell’individuo (Winnicott, 1995).

Il contributo dell’Autore ha origine dall’osservazione che l’unità della persona si conquista gradualmente e difficilmente solo in un ambiente favorevole che ne consenta lo sviluppo.

Nelle primissime settimane di vita il bambino è come se fosse fuso con la madre che, a sua volta, esperendo uno stato di *preoccupazione materna primaria*, consente al figlio una dipendenza assoluta da lei. Questo stato di fusione, presente anche nella madre nei primi tempi di vita del bambino, è funzionale ad una reciproca identificazione. Superate queste prime settimane, una madre *sufficientemente buona* deve, tuttavia, riacquistare la propria identità personale e favorire la crescita del figlio fornendogli sostegno (*holding*) e contenimento, ma sapendo anche anticipare empaticamente i bisogni del bambino; ciò produrrà nel piccolo un senso di onnipotenza che gli farà esperire l’illusione che il *non Me* sia parte di sé (*oggetto soggettivo*). Affinché lo sviluppo proceda senza eccessivi traumi è necessario che la madre, pur continuando ad andare incontro ai bisogni del bambino, gradualmente lo disilluda facilitando il rapporto con l’oggetto esterno. Il passaggio dall’oggetto soggettivo a quello oggettivo segna l’inizio del processo di separazione-individuazione perché il bambino diviene consapevole del suo *essere*. Gradualmente, infatti, il bambino acquisisce una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e della propria dipendenza fino a giungere all’autonomia dalla madre attraverso un gioco dinamico tra il suo *vero Sé*, che è la parte più autentica presente in ciascuno di noi e che va protetta, e il *falso Sé*, che è la parte meno autentica, ma necessaria per l’equilibrio interno ed esterno (Winnicott, 1995).

#### **2.1.4 Gaddini**

Un'interessante prospettiva nello sviluppo del bambino è stata successivamente proposta da Eugenio Gaddini (1916-1985) attraverso l'uso del concetto di *imitazione*. L'Autore considera l'imitazione come il precursore delle identificazioni nello sviluppo individuale e le differenzia ritenendo che le prime imitazioni abbiano a che fare con la fantasia inconscia, non con la realtà come accade, invece, con l'identificazione (Gaddini, 1989; Nunziante Cesàro 1996).

Nelle prime settimane di vita il bambino non ha la possibilità di percepire se stesso in relazione al mondo esterno, lo fa, quindi, attraverso le proprie modificazioni corporee che sono modellate sullo stimolo che proviene dall'esterno. I bisogni del bambino sono naturalmente talvolta soddisfatti, altre volte frustrati dall'oggetto. È proprio in seguito all'assenza dell'oggetto gratificante che il bambino, per ridurre la frustrazione che ne deriva, lo allucina (*immagine allucinatoria*) e diventa esso stesso l'oggetto capace di gratificazione. Secondo Gaddini l'immagine allucinatoria rappresenta il prototipo psichico dell'imitazione. Imitare, in questo modo, non è più per percepire, ma è "imitare per essere" in quanto il bambino nella fase di indifferenziazione con la madre, non possedendo ancora un proprio nucleo mentale per esistere, deve "essere" (imitare) l'altro. Il fine dell'immagine allucinatoria, che si instaura in assenza dell'oggetto, sembrerebbe essere, quindi, quello "ristabilire in modo magico e onnipotente la fusione del Sé con l'oggetto" (Gaddini, 1989; Nunziante Cesàro 1996).

In un secondo momento hanno luogo nel bambino le prime assimilazioni di imitazioni e di introiezioni che, inizialmente relative a realtà frammentarie, si vanno con il passare del tempo integrando sempre più, così da portare alla distinzione tra realtà esterna, riconosciuta come separata da sé, e parte interna dell'Io (Gaddini, 1989).

Gaddini distingue le imitazioni dalle introiezioni attraverso una duplice disposizione originaria del bambino verso l'oggetto: *psicosensoriale* e *psicoorale*. L'attività dell'area psicosensoriale è una percezione primitiva in cui il bambino sente di "essere" l'oggetto e in tal modo allontana il riconoscimento dell'oggetto come "altro da sé" e, quindi, separato. L'attività psicoorale, successiva, mette il bambino più in contatto con la realtà ed esprime la disposizione ad "avere", "possedere" l'oggetto; conduce, quindi, alla fantasia di fusione attraverso l'introiezione orale dell'oggetto nel proprio sé<sup>2</sup> (Gaddini, 1989; Nunziante Cesàro 1996).

Solo nel momento in cui avviene il passaggio attraverso il quale la madre è vissuta come "esterna" a sé, il bambino acquisisce un secondo oggetto, il padre, che è di fondamentale importanza per l'evolversi dei processi di identificazione e per la formazione dell'identità adulta (Gaddini, 1989).

### **2.1.5 Bick**

I concetti esposti da Gaddini concordano, anche se non terminologicamente, con il concetto di "identificazione adesiva" elaborato in quegli stessi anni da E. Bick (1968). Il voler indossare abiti tipicamente femminili potrebbe indicare, infatti, un desiderio del bambino di entrare negli abiti della madre, quindi, secondo una modalità adesiva, di "infilarsi nei panni dell'altro" (Bonaminio, 1984; Petrelli, 1998).

Secondo la Bick, le componenti della personalità del bambino, nella loro forma più primitiva, non hanno capacità coesiva e devono essere tenute insieme dalla "pelle" che funziona come confine (Bonaminio, 1984; Petrelli, 1998).

---

<sup>2</sup> Nel saggio *Sugli elementi maschili e femminili scissi* (1966) Winnicott ha parlato della presenza sia negli uomini che nelle donne di elementi sia maschili che femminili che Egli definisce "puri". "L'elemento maschile ha a che fare con lo stabilire un rapporto attivo o il subire un rapporto passivo [...] Per contrasto il puro elemento femminile ha un rapporto con il seno (o con la madre), nel senso che l'oggetto è il soggetto".

Questa duplice disposizione verso l'oggetto sembra avere forti analogie con l'aspetto psicosensoriale e psicoorale formulato da Gaddini (Gaddini, 1969; Nunziante Cesàro, 1996).

Naturalmente affinché ciò avvenga è necessario un oggetto esterno che, introiettato, possa svolgere questa funzione di contenimento e di “pelle”.

Quando tale oggetto, a causa di proprie carenze o di attacchi fantasmatici contro di esso, non è capace di adempiere a tale funzione, è ostacolata l’introiezione e, quindi, viene a mancare il senso di uno spazio interno in cui proiettare (Bonaminio, 1984; Petrelli, 1998).

Ciò porta il bambino a formare una “seconda pelle” come sostituto della funzione di contenitore della pelle e, attraverso l’identificazione adesiva, ad attuare modalità relazionali con l’oggetto basate sull’imitazione, così da aderire all’oggetto in modo bidimensionale, senza profondità, nel tentativo di ristabilire un contatto con la madre (Bonaminio, 1984; Petrelli, 1998).

È da sottolineare che tali modalità relazionali hanno una funzione coesiva del Sé e sono sviluppate in quei bambini in cui l’oggetto contenitore non è capace di contenere adeguatamente, ma essendo comunque funzioni sostitutive, non consentono al bambino di sviluppare né un vero senso di contenimento, né delle vere e stabili identificazioni. Questo rimanere aggrappati alla superficie degli oggetti, senza entrare in profondità, riproduce, pertanto, modalità relazionali che non consentono il costituirsi di uno spazio interno e perpetuano un senso di inconsistenza e di falsità che, con il passare del tempo, si traduce in una sensazione di spaesamento e di vuoto (Bonaminio, 1984; Petrelli, 1998).

## **2.2 Sviluppo atipico dell’identità**

### **2.2.1 Stoller**

Robert J. Stoller (1925-1991) è stato uno dei primi autori psicoanalitici ad occuparsi più nello specifico di problematiche relative all’identità di genere, pubblicando nel 1968 *Sex and Gender. The Development of Masculinity and*



*Femininity* in cui tenta una ricostruzione dei possibili “fattori psicodinamici” caratteristici della condizione transessuale.

Il suo lavoro introduce la distinzione, evidente già nel titolo, tra *sex* e *gender*. Per Stoller (1968) il termine *sex* si riferisce alla sfera biologica, alla genitalità della persona, alla possibilità di avere dei genitali maschili o femminili. Il termine *gender* è, invece, riferito alle componenti psicologico-culturali maschili e femminili nate sulla base della distinzione delle persone in sessi. Il genere è composto da due aspetti strettamente relazionati: *identità di genere* e *ruolo di genere*. Col termine *identità di genere* viene inteso il riconoscimento e la consapevolezza conscia e inconscia della propria appartenenza all'uno o all'altro sesso, cioè il riconoscersi o meno nei modelli di uomo o di donna definiti dalla società ed il percepire il proprio sesso come facente parte di questa identità; con *ruolo di genere* si fa riferimento ai comportamenti agiti all'interno delle relazioni con gli altri, cioè alle modalità mediante le quali un individuo vive nella società e si relaziona con gli altri a partire dalla propria identità di genere (Vitelli in Valerio et al., 2001).

L'Autore ritiene che i primi anni di vita del bambino siano fondamentali per lo strutturarsi della sua identità di genere. Il particolare, ipotizza una condizione originaria, dal punto di vista psichico, di profemminilità in entrambi i sessi, caratterizzata da un rapporto simbiotico tra la madre e il bambino, in cui agirebbero primitivi processi identificativi. Nell'emergere da questa fusione simbiotica con la madre, la bambina proseguirebbe nel suo sviluppo in maniera lineare, potendo conservare l'identificazione di genere con la madre; il bambino, invece, dovrebbe superare le prime identificazioni femminili e dirigerle verso la figura paterna (Vitelli in Valerio et al. 2001). Si andrebbe così gradualmente strutturando il *nucleo dell'identità di genere* (vale a dire il convincimento dell'appartenenza al genere sessuale maschile o femminile) che, secondo Stoller, si acquisirebbe a partire dalla nascita, per concludersi definitivamente intorno ai tre anni d'età (Vitelli, in Valerio 2001).

### 2.2.2 Di Ceglie

Non tutti gli autori concordano con quanto sostenuto da Stoller; più di recente, infatti, (Di Ceglie, 2003; Zucker, 2005) alcuni autori hanno rilevato come l'identità di genere non si strutturi definitivamente intorno ai tre anni, ma sia un processo malleabile e modificabile. In particolare, Di Ceglie (2003), che ha lavorato per anni presso Portman Clinic di Londra con bambini e adolescenti con problematiche nell'identità di genere e loro famiglie, ha rilevato una particolare configurazione psicologica del mondo interno del bambino e dell'adolescente che si manifesta attraverso le caratteristiche tipiche del Disturbo dell'Identità di Genere e ha introdotto e descritto il concetto di *Organizzazione Atipica dell'Identità di Genere* (Atypical Gender Identity Organization, *AGIO*) (Di Ceglie, 2003).

Attraverso questo concetto l'Autore descrive manifestazioni atipiche in alcune aree, quali il modo di vestirsi, le relazioni con i coetanei, l'uso di giocattoli, i giochi di ruolo, i manierismi, il tono di voce, i giochi aggressivi, la disforia anatomica (intesa come ripugnanza del corpo sessuato) (Di Ceglie, 2003). Nell'analizzare le manifestazioni atipiche, Di Ceglie adotta una prospettiva evolutiva che introduce flessibilità e variabilità nello sviluppo del bambino con problemi dell'identità di genere. L'uso di una tale prospettiva rende, quindi, incerto l'esito finale dello sviluppo dell'identità di genere del bambino. In questo l'Autore si discosta notevolmente da Stoller e dal concetto da quest'ultimo utilizzato di *nucleo dell'identità di genere* (1968). Stoller, infatti, come abbiamo poc'anzi accennato, considera l'identità di genere una struttura psichica dotata di qualità concrete e perciò immutabili (Vitelli. In Valerio et al., 2001); Di Ceglie, invece, ritiene che tale immutabilità sia vera in alcune condizioni, ma non in altre. Da ciò la definizione da lui coniata di *AGIO* che, esaminata in un'ottica evolutiva, implicherebbe appunto una certa fluidità dell'identità di genere.

L'incertezza rispetto all'esito finale dello sviluppo dell'identità di genere del bambino ha portato Di Ceglie ad identificare una serie di parametri utili ai fini della gestione clinica e terapeutica e a delineare un modello di gestione che non

prevede come obiettivo terapeutico la modificazione del disturbo dell'identità di genere, quanto piuttosto un lavoro sui processi evolutivi e di pensiero del bambino, oltre che un lavoro con tutti coloro i quali interferiscono nello sviluppo del bambino, come la famiglia e la scuola, che possono aver influito negativamente sullo sviluppo della sua identità di genere (Di Ceglie, 2003).

### **2.2.3 Zucker**

A partire dagli studi di Stoller, diversi autori si sono interessati alle problematiche sull'identità di genere. Importanti interrogativi di ordine teorico, clinico ed etico sono stati sollevati, ad esempio, dalle ricerche condotte in Canada da Zucker e i suoi collaboratori. I loro studi scientifici (Zucker, 2003, 2004), che hanno preso in esame bambini e adolescenti, hanno messo in evidenza che non vi è la corrispondenza assoluta tra la diagnosi effettuata durante l'infanzia e la successiva diagnosi effettuata durante l'adolescenza. Sembra, infatti, che crescendo, in alcuni casi, lo sviluppo del Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) del bambino possa subire delle modifiche. Questa considerazione porta gli stessi ricercatori ad interrogarsi sulla questione dello sviluppo dell'identità di genere, chiedendosi se considerare il DIG una psicopatologia o una variante normale dello sviluppo di genere.

Zucker e i suoi collaboratori affrontano la questione dell'eziologia tenendo in considerazione più variabili: meccanismi biologici, ormoni sessuali prenatali, sesso dei fratelli, ordine di nascita, peso alla nascita, comportamenti e desideri dei genitori e le relazioni della coppia genitoriale (Zucker, 1993, 2003, 2004). Al fine di indagare l'eziologia del disturbo dell'identità di genere, Zucker e collaboratori, hanno messo a punto numerose ricerche (Zucker, 1993, 2003, 2004) per valutare la psicopatologia associata in bambini con DIG. Le conclusioni alle quali i ricercatori sono giunti mettono in evidenza che i bambini con DIG mostrano una varietà di altre difficoltà comportamentali che meritano attenzione terapeutica. La presenza di altre difficoltà psicologiche rende ancora

più difficile la formulazione e l'attuazione di un piano di azione terapeutica che sia indirizzato non solo al DIG stesso, ma anche a questi problemi associati.

Questo breve excursus teorico ci consente di ipotizzare che l'ambiguità di genere di una bambina può avere ripercussioni sulla bambina e sui suoi genitori interferendo sulle rappresentazioni/preoccupazioni materne relative all'identità di genere della figlia e, quindi, sulla crescita e sullo sviluppo dell'identità di genere della bambina.

## **CAPITOLO 3**

### **3. La ricerca**

#### **3.1 Contesto specifico**

I bambini con una diagnosi di DSD dal punto di vista medico sono seguiti fino al diciottesimo anno di vita dai pediatri endocrinologi i quali, semestralmente, stabiliscono una giornata di Day Hospital durante la quale il bambino sarà sottoposto a numerosi controlli e gli sarà prescritta la nuova terapia ormonale da assumere. È da ricordare che queste condizioni sono considerate patologie croniche e ciò significa che tutti i bambini affetti dovranno assumere farmaci per tutta la vita per sopperire alle carenze ormonali legate a queste sindromi.

La ricerca che ho realizzato ha avuto come sede il Day Hospital del Settore di Endocrinologia Pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Tutti i bambini, infatti, sono accompagnati alle visite dai genitori, in particolare dalla madre. È stato così possibile disporre di un gruppo di madri e bambine con DSD numericamente significativo.

#### **3.2 Ipotesi**

A partire da numerosi studi (Cohen-Kettenis e Pfafflin, 2003; Zucker, 2004; Consensus, 2006) che rilevano la presenza di problematiche nell'area dell'identità di genere in bambini e adolescenti con DSD, ci si aspetta in questa ricerca un'evidenza clinica e statistica anche in bambine in età preadolescenziale e adolescenziale affette da ST e da ICS. Considerando, inoltre, la stretta interrelazione tra la rappresentazione di genere che la madre ha del proprio bambino e la strutturazione dell'identità di genere del soggetto in età evolutiva (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006), ci si aspetta che all'evidenza di preoccupazioni materne riguardo all'area del genere delle proprie figlie, corrispondano problematiche di genere nelle bambine.

### 3.3 Obiettivi del progetto

Obiettivi di questo progetto di ricerca sono, dunque:

1. indagare le rappresentazioni di genere nelle piccole pazienti nel delicato momento di accesso al pubertario;
2. indagare se vi è una correlazione tra le rappresentazioni-preoccupazioni materne riguardo al genere della figlia e l'identità di genere della bambina. In quest'ultimo caso si vuole esplorare se tale correlazione può dipendere, in particolare, dalla sindrome della bambina (ICS o Turner), dai tempi della comunicazione della diagnosi ai genitori (se è stata effettuata prima o dopo i 3 anni della bambina, epoca in cui la prospettiva psicoanalitica colloca la strutturazione dell'identità di genere dell'individuo) o dall'aver effettuato interventi chirurgici ai genitali<sup>3</sup>.

A tale scopo il progetto si è proposto di condurre un'indagine esplorativa in parallelo tra bambine (pre-adolescenti) con una diagnosi di DSD (in particolare con ICS e Turner) e loro madri attraverso la somministrazione di strumenti che, in virtù della complessità della malattia in oggetto e dello specifico momento evolutivo, abbiano tenuto conto di questi aspetti e della dimensione di relazione madre-figlia, nel contesto di ricerca ed intervento clinico.

Tale progetto si è configurato, dunque, come uno studio esplorativo che avrà come obiettivo finale quello di individuare indici particolarmente significativi nell'area del genere ed effettuare futuri studi longitudinali sulle bambine con queste condizioni, al fine di individuare le migliori strategie di intervento.

---

<sup>3</sup> In questa ricerca si vogliono correlare tra loro alcune variabili appartenenti alle bambine, altre specifiche delle madri ed infine correlare tra loro alcune variabili delle madri con quelle delle figlie. In particolare, si vuole osservare se problematiche relative all'identità di genere siano più frequenti in bambine con una diagnosi di ICS o di sindrome di Turner, se la comunicazione della diagnosi ai genitori prima del compimento dei 3 anni della bambina possa avere maggiori ripercussioni rispetto ad una comunicazione della diagnosi tardiva, se interventi chirurgici alla nascita (correzione dell'ambiguità genitale) o in fase pre-puberale (gonadectomia) possano altresì incidere sulle rappresentazioni materne e, quindi, sullo strutturarsi dell'identità di genere della bambina. Queste correlazioni dovrebbero consentire di rintracciare degli indici particolarmente significativi in tal senso, così da poter migliorare il sostegno psicologico-clinico a queste famiglie.

### **3.4 Metodologia**

#### **3.4.1 Soggetti**

La ricerca è stata realizzata su un gruppo di 10 bambine (pre-adolescenti) con una diagnosi di ICS ed un gruppo di 10 bambine (pre-adolescenti) con una diagnosi di Sindrome di Turner e loro madri.

Si è scelto di condurre, al momento, un'indagine esclusivamente su queste due tipologie di sindromi e sulle bambine perché, entrambe queste condizioni, presentano ambiguità di genere esclusivamente nelle femmine. L'ambiguità genitale nelle ICS, infatti, è presente solo nelle femmine con tale condizione e non nei maschi. Le Turner ricordiamo che sono, invece, solamente femmine, sterili e, talvolta, in presenza di frammenti di Y, durante la pubertà subiscono gonadectomie.

Il gruppo di soggetti è stato quello afferente al Day Hospital di endocrinologia pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" ed è stato raggruppato estraendo random, tra tutte le bambine con una diagnosi di ICS in cura presso l'endocrinologia pediatrica della "Federico II", con un'età compresa tra i 9 e i 12 anni, 10 bambine con le loro madri e tra tutte le bambine con ST afferenti all'endocrinologia pediatrica, sempre di età compresa tra 9 e 12 anni, sono state estratte random altre 10 bambine con relative madri.

#### **3.4.2 Strumenti**

Tale ricerca (previa accettazione da parte dei genitori del consenso informato per il trattamento dei dati) ha previsto l'utilizzo di strumenti differenti per le bambine e per le madri.

- Gli strumenti utilizzati per le bambine sono stati:

- a) racconto libero di una storia

- b) favole della Düss

- c) disegno della figura umana (Machover, 1968)

- d) Gender Identity Interview for Children (Zucker et al., 1993)
  - e) Disegno (che rappresenti il motivo della loro presenza nel contesto ospedaliero)
- Gli strumenti utilizzati per le madri sono stati:
- f) Un colloquio anamnestico
  - g) PGWBI (Psychological General Well Being Index) (Grossi et al., 2002)
  - h) Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children (Johnson et al., 2004)
  - i) Parenting Stress Index (Guarino et al., 2008)

***Bambine:***

**a) Il racconto di una storia** può essere considerata una particolare metodologia da utilizzare con i bambini. Da sempre i bambini utilizzano il gioco per affrontare la realtà e per esprimere il loro mondo interno; le potenzialità insite nel gioco simbolico sono presenti anche nelle favole ed è per questo che si presume che attraverso il racconto di una storia il bambino possa esprimere ciò di cui ha difficoltà a parlare. Dina Vallino ha, ad esempio, utilizzato le storie per offrire ai bambini “stanchi e preoccupati per i loro problemi” (Vallino, 1999) uno strumento per esprimersi e per consentire al terapeuta di bonificare e restituire “digerite” le angosce che il bambino proietta (elementi  $\beta$ ), ma che gli devono essere restituite in forma tollerabile (elementi  $\alpha$ ) così da aiutarlo a costruire le basi per il pensiero. Fondamentale, affinché avvenga questo processo di trasformazione degli elementi  $\beta$  in elementi  $\alpha$ , è la capacità di *rêverie* non solo della madre, ma anche del terapeuta che deve aiutare il bambino in questo processo di trasformazione (Vallino, 1999).

La scelta di utilizzare il racconto di una storia nel lavoro con bambine con malattie croniche è legata alle evidenti difficoltà presenti in queste bambine a riconoscere ciò che appartiene a loro, agli altri, al loro mondo interno. Attraverso



la creazione di un *luogo immaginario*, la bambina può trasporre le sue emozioni e le sue angosce in un altrove dove possono essere cominciate a pensare e, quindi, espresse a parole sotto forma di una storia (Vallino, 1999). L'uso della storia aiuta, quindi, la bambina a sviluppare una propria funzione di *rêverie*.

**b) Le Favole della Düss** sono note, come tecnica proiettiva, fin dagli anni cinquanta. Tale metodo consente di indagare ed enucleare i complessi centrali<sup>4</sup> e riconoscere le resistenze messe in atto da bambini, adolescenti, e persino adulti, di fronte ad affetti conflittuali, simbolizzati nelle favole. Secondo la Düss, inoltre, un'adeguata inchiesta può aiutare il bambino e l'adolescente a dare nome ai loro sentimenti penosi (Nunziante Cesàro A., 2003).

Tale metodo si basa sul racconto di particolari storie nelle quali un personaggio si trova in una situazione che rappresenta uno stadio evolutivo dell'inconscio ed ha a disposizione numerose scelte. Il soggetto è invitato a completare la storia ascoltata.

L'ipotesi da cui parte tale metodo è che se il soggetto è colpito da una delle storie e dà una risposta simbolica, o al contrario, manifesta una certa resistenza a rispondere, significa che la situazione del personaggio della storia ha determinato in lui una catena di associazioni che risvegliano il complesso al quale egli è fissato (Nunziante Cesàro A., 2003).

**c) Il disegno della Figura umana** è un utile strumento diagnostico utilizzato nella pratica clinica sia per valutare l'intelligenza in età infantile sia per osservare la proiezione inconscia che un bambino ha di se stesso. In questa ricerca sarà utilizzato esclusivamente come proiettivo.

In generale, i test proiettivi sono così chiamati perché in essi il soggetto proietta se stesso, rivelando aspetti di sé probabilmente a lui inconsci. In tal modo si può osservare una visione complessiva della personalità del soggetto. Tra i metodi

---

<sup>4</sup> Per complesso, Laplanche e Pontalis (1967) (*Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1993) intendono: "insieme organizzato di rappresentazioni e di ricordi con un forte valore affettivo, parzialmente o totalmente inconsci." Cft Nunziante Cesaro A. (a cura di), 2003.

proiettivi rientrano i test basati sul disegno che utilizzano un tipo di interpretazione psico-grafologica perché tengono conto della disposizione del disegno sul foglio, della pressione, del tratto, ma anche di fattori inconsci proiettati sul disegno, generalmente problematiche inconse.

Elaborato da K. Machover nel 1949, il test del disegno della figura umana è un test proiettivo di personalità che integra gli aspetti cognitivi, affettivi e dinamici che intervengono nell'esecuzione pittorica. Questo test consente di esprimere: l'organizzazione del sé, l'autostima, il vissuto corporeo, l'ideale dell'Io e la propria immagine sociale. Il soggetto può, dunque, mostrare graficamente come vive "l'immagine del sé", ma anche lo schema corporeo e la permeabilità dei confini del corpo. Il test è particolarmente utile per la comprensione di soggetti in età evolutiva.

Da questo test si possono rilevare tre aspetti proiettivi: l'autoritratto, l'ideale dell'Io e/o la rappresentazione di una figura significativa. Il disegno, quindi, consente l'espressione della propria immagine corporea e, parallelamente, la proiezione dei suoi più intimi desideri, conflitti e bisogni.

**d) La Gender Identity Interview for Children** è un'intervista strutturata, elaborata da Zucker e coll. nel 1993 per misurare nello specifico la costruzione dell'identità di genere nei bambini (Zucker, 1993; Simonelli, 2006; Wallien et al., 2009; Dèttore et al., 2010) ed individuare variazioni nell'identità di genere che possono consentire di porre una diagnosi di Disturbo dell'identità di Genere (DIG).

È da ricordare che la maggior parte dei test usati in ricerche cliniche sull'identità di genere si è concentrata principalmente sul ruolo di genere (preferenze di giochi o indumenti). Questo strumento, invece, più nello specifico, è costituito da 12 items che valutano in diversi modi la disforia di genere e misurano i due costrutti principali della varianza di genere infantile: la confusione di genere cognitiva e la confusione di genere affettiva consentendo, in tal modo, di analizzare e

descrivere le principali caratteristiche dell'identità di genere nei bambini e valutare la presenza di variazioni di genere (Dèttore et al., 2010).

La confusione di genere cognitiva è presente in quei bambini che ritengono fermamente di appartenere al sesso opposto al proprio; si misura con gli items 1, 2, 3 e 4. La confusione di genere affettiva è presente, invece, in quei bambini che sono consapevoli del proprio sesso di appartenenza, ma al tempo stesso esprimono fermamente il desiderio di essere e sentirsi più come appartenenti al genere opposto al proprio; si misura con gli items 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 (Zucker, 1993; Simonelli, 2006; Wallien et al., 2009; Dèttore et al., 2010).

Due items sono aggiunti al termine dell'intervista dallo stesso Zucker e sono l'item 13 "Quando eri nella pancia di mamma pensi che mamma volesse un bimbo o una bimba?" E l'item 14 "E papà?". Non tutti gli autori utilizzano questi 2 items, né vengono presi in considerazione nel valutare il cut-off, ma in questa ricerca, che si propone di indagare le rappresentazioni/preoccupazioni delle madri relative al genere delle figlie ed eventuali correlazioni con problematiche nell'identità di genere di queste bambine, si è ritenuto interessante considerare, da un punto di vista puramente clinico e descrittivo, quelle risposte in cui si rispondeva che un genitore avrebbe desiderato più un maschietto che una femminuccia. Nell'elaborazione dati si conserverà un'unica domanda-risposta item 13 "Quando eri nella pancia di mamma pensi che mamma e papà volessero un bimbo o una bimba?".

È importante specificare che la sola intervista non può consentire di effettuare una diagnosi di disturbo dell'identità di genere, ma può rappresentare un'utile base dalla quale partire per effettuare una valutazione del bambino.

**e) un disegno** che rappresenti il motivo per il quale le bambine si recano nel contesto ospedaliero.

È stato scelto di chiedere alle bambine anche un disegno che ci aiutasse a rappresentare e a parlare, all'interno del contesto clinico, del loro "trovarsi lì", del motivo delle cure e del loro recarsi semestralmente in reparto. Abbiamo,

quindi, pensato di utilizzare il disegno come strumento finalizzato a nominare il problema e a consentire un lavoro di riflessione nel contesto dei colloqui psicologici.

***Madri:***

**f) Il colloquio clinico anamnestico** offerto alle madri secondo un'impostazione psicodinamica ha il duplice obiettivo di raccogliere informazioni anamnestiche e relative alla storia della bambina oltre ad esplorare i vissuti e le rappresentazioni/preoccupazioni delle madri sulle tematiche oggetto di studio.

**g) il questionario Psychological General Well Being Index (PGWBI)** (Grossi et al., 2002) è uno strumento utilizzato per valutare il benessere psicologico generale di una persona e il benessere relativo a specifici domini.

Sviluppato negli anni '80 negli USA è stato utilizzato ampiamente in studi di tipo epidemiologico e clinico in tutto il mondo, compresa una validazione italiana (Grossi et al., 2002).

Il PGWBI è in grado di fornire un indice che misura l'auto-rappresentazione dello stato di benessere o disagio legato alla sfera emozionale ed affettiva. Si presenta come un questionario composto da 22 items che indagano 6 differenti dimensioni (o domini): ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, stato di salute generale e vitalità. Le sei scale sono costituite da un minimo di 3 ad un massimo di 5 items, ciascuno dei quali presenta una serie di sei possibili risposte il cui punteggio è proporzionale alla positività del benessere riferito alle ultime quattro settimane.

Dal punto di vista strutturale e funzionale il questionario PGWBI (Grossi, 2002) presenta al suo interno diversi ordini di variabili nascoste nel suo costrutto rappresentati da:

- Differenti domini di appartenenza dei singoli items;

- Differenti tipi di presentazione degli items come domande o come affermazioni (16 domande e 6 affermazioni);
- Differente senso di orientamento delle risposte (sequenza da positivo a negativo dalla prima all'ultima risposta, o viceversa);
- Differenti tipi di matrice intensità-frequenza nelle risposte (le risposte sono costruite per descrivere la frequenza e/o l'intensità del fenomeno indagato).

**h) Il Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children** (Johnson, 2004) è un questionario basato sull'osservazione da parte dei genitori di comportamenti relativi all'identità di genere e al ruolo di genere dei loro bambini. Utilizzato in ricerche europee, una versione leggermente modificata è stata, di recente, utilizzata anche in Italia (Simonelli, 2006), poiché si è dimostrato un eccellente strumento psicometrico.

Il questionario originale si compone di 16 items che coprono un range di comportamenti tipici di un sesso corrispondenti alle varie caratteristiche che consentono di porre diagnosi di Disturbo dell'identità di genere (DIG).

Esso viene somministrato ai genitori e offre un valido aiuto al clinico per indagare le preoccupazioni genitoriali relative all'identità di genere del proprio bambino.

**i) Il Parenting Stress Index (PSI)** è un questionario il cui scopo primario è identificare sistemi relazionali genitore-bambino che, sovraccaricati da eccessivo stress, possono determinare sia comportamenti genitoriali disfunzionali sia problemi comportamentali nel bambino. Il questionario, infatti, parte dal presupposto che ogni genitore, in varia misura, sperimenta stress e ciò può determinare, in base a come lo si affronta e alle risorse presenti in ognuno, una "genitorialità disfunzionale" con conseguenti problemi comportamentali ed emozionali nel bambino.

Il PSI è stato standardizzato per l'uso con genitori di bambini di età compresa tra 1 mese e 12 anni e nella versione italiana è attualmente disponibile solo la forma breve.

È costituito da un modulo di autoscoring, da compilarsi a mano, composto da due fogli di carta chimica incollati tra loro: nel compilare il questionario, i dati vengono trasferiti anche sul foglio interno (foglio di scoring), che sarà utilizzato per la tabulazione e la costruzione del profilo (Guarino et al., 2008). Il modulo di autoscoring oltre a contenere gli items ha un'area riservata alle informazioni socio-demografiche.

Il questionario si compone di 36 items che forniscono sia un punteggio di *Stress totale* sia punteggi separati per la sottoscala *Risposta difensiva* e per le tre sottoscale che misurano l'ansia e il disagio nello svolgere il ruolo genitoriale (*Distress genitoriale*), l'eventuale percezione negativa del bambino come non rispondente alle aspettative del genitore (*Interazione genitore-bambino disfunzionale*) e le caratteristiche del bambino che ne rendono facile o difficile la cura (*Bambino difficile*).

### **3.4.3 Procedure**

Gli strumenti sono stati somministrati a bambine e madri da due psicoterapeute (una psicologa clinica e una psicoterapeuta infantile) nel giorno del Day Hospital. Tra le consulenze previste, infatti, è stata richiesta anche quella psicologica.

Le bambine e le madri sono state intervistate individualmente in due stanze diverse, ma nello stesso momento. Mentre, infatti, una terapeuta somministrava gli strumenti alla bambina in una stanza, parallelamente, in un'altra stanza, l'altra terapeuta faceva altrettanto con la madre della paziente.

#### ***Procedure per le bambine***

a) Il racconto di una storia

Alle bambine è stato richiesto, durante il primo incontro, il racconto di una *storia*. La scelta di utilizzare la storia come primo strumento è legata al ritenere che attraverso tale strumento sia stato possibile più facilmente stabilire una relazione tra la bambina e la psicoterapeuta.

b) Le favole della Düss

Nell'incontro successivo, effettuato generalmente ad una settimana dal primo, sono state proposte le *favole della Düss*. La consegna data alla bambina è stata quella di effettuare un gioco simile a quello della volta precedente, variando un po' i ruoli. Questa volta, infatti, la terapeuta avrebbe raccontato delle storie e la bambina sarebbe stata invitata a terminarle. Le favole sono state "lette" secondo una prospettiva psicodinamica.

c) Il disegno della figura umana

Nel terzo ed ultimo incontro è stato proposto il *disegno della figura umana*. La consegna iniziale, dopo aver fornito foglio, matita, gomma e colori, ha invitato la bambina a disegnare una persona (che rappresenta il sé stesso immediato). Terminato il primo disegno è stata fatta un'inchiesta su quanto disegnato dalla bambina. Successivamente è stato consegnato un secondo foglio e chiesto di disegnare un'altra persona di sesso diverso alla precedente (il sé stesso socializzato). Anche al termine di questo disegno è stata effettuata un'inchiesta. E' stato molto importante, qualora la bambina avesse posto domande, evitare di dare risposte per non condizionare l'esecuzione del disegno. Per tale motivo alle domande poste dalla bambina, come suggerito da Machover (Machover, 1968), è stato risposto "come ti piace; come vuoi". La terapeuta ha preso nota di tutti commenti fatti dalla bambina e del modo in cui ha eseguito il disegno su un altro foglio di carta.

d) La Gender Identity Interview for Children

Tale intervista è stata somministrata al termine dell'inchiesta relativa alla figura umana così da non risultare troppo invasiva per la bambina. La terapeuta leggeva le domande alla bambina e segnava su un foglio di carta la risposta.

e) Il disegno rappresentante il motivo della loro presenza nel contesto ospedaliero

Tale disegno è stato richiesto alle bambine dopo la Gender Identity Interview. La consegna è stata: “mi fai un disegno che rappresenta il motivo per cui sei qui?”.

***Procedure per le madri***

f) Colloquio anamnestico

Durante il primo incontro è stato fatto firmare ad uno dei genitori il consenso informato ed è stato effettuato un *colloquio clinico* nel quale sono state raccolte, in particolare, informazioni anamnestiche e informazioni relative alla storia clinica della bambina.

g) Psychological General Well Being Index

Al termine del colloquio è stato consegnato e fatto compilare alle madri il Questionario *Psychological General Well Being Index*. La scelta di somministrare tale questionario nel giorno del Day Hospital è legata al presupposto che tale giornata sia solitamente carica di ansie e aspettative sia per i genitori sia per le bambine. Tale questionario, infatti, valuta lo stress dei genitori relativo alle 4 settimane precedenti la somministrazione e, nella consegna, è stato specificato di far riferimento alle 4 settimane precedenti il Day Hospital.

h) Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children



Nel secondo incontro, effettuato nello stesso giorno in cui è stata incontrata la bambina, è stato somministrato il *Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children*. La terapeuta leggeva le domande e contrassegnava la risposta scelta dalla madre intervistata.

i) *Il Parenting Stress Index*

Nel terzo incontro è stato consegnato il *Parenting Stress Index*.

Il soggetto è stato invitato a rispondere a ciascun item, cercando l'alternativa che meglio rappresentava la sua opinione tra le cinque opzioni presentate: FA (fortemente accordo), A (accordo), I (insicuro), D (disaccordo), FD (fortemente in disaccordo). Alcuni items richiedono una risposta diversa da queste risposte standard e sono, pertanto, preceduti dall'indicazione di un differente formato di risposta.

### **3.4.4 Tecniche di analisi dei dati**

a) *Il racconto di una storia*

Il racconto della storia da parte della bambina, si è prestato ad un duplice obiettivo: analizzare il contenuto della storia attraverso una "lettura" psicodinamica e individuare degli indici dicotomici a cui sono stati attribuiti punteggi 0-1 in base alla presenza o assenza di quell'indice, per effettuare correlazioni statistiche.

b) *Le favole della Düss*

Le favole sono state interpretate secondo una prospettiva psicodinamica focalizzandosi, in particolare, sui più classici "complessi" della psicologia freudiana a cui fa riferimento ciascuna storia e sulla presenza/assenza nel contenuto della favola di determinate caratteristiche. Sono stati, inoltre,

individuati anche nelle favole degli indici a cui sono stati attribuiti punteggi 0-1 da analizzare attraverso correlazioni.

Le favole narrate valutano solitamente: l'attaccamento del bambino ad uno dei due genitori oppure la sua indipendenza (la storia dell'uccellino); la scena primaria<sup>5</sup> (la storia dell'anniversario di matrimonio); il complesso di svezzamento<sup>6</sup> (la storia dell'agnello); l'aggressività, il desiderio di morte, il senso di colpa, l'auto-punizione (la storia del funerale); l'angoscia (la storia di paura); il complesso di castrazione/invidia del pene (la storia dell'elefante); la possessività (la storia dell'oggetto costruito); il complesso edipico (la passeggiata con il padre/madre); i desideri o timori del bambino (la storia della brutta notizia). La storia del brutto sogno funge da controllo per le favole precedenti (Nunziante Cesàro, 2003).

In questa ricerca le favole sono state utilizzate, quindi, per osservare la presenza/assenza nella bambina di: avidità orale; aspetti di compiacenza; angoscia di castrazione/invidia del pene; angosce mortifere/spunti depressivi; dipendenza/infantilismo; autonomia; elementi edipici.

### c) Il disegno della figura umana

Per l'interpretazione del disegno della figura umana (Machover, 1968) è necessario prendere in considerazione vari livelli: grafico, formale e di contenuto; in particolare, tutti gli elementi strutturali della figura umana (dimensione, pressione, posizione nel foglio, sfondo, precisione, simmetria, proporzioni, ombreggiatura, ricalchi, cancellature...) e i corrispondenti significati simbolici.

Per prima cosa nel foglio si distinguono quattro zone, con diversi significati simbolici, in base alla posizione occupata dal disegno nel foglio. La zona alta rappresenta la parte spirituale e mistica; la zona bassa la parte materiale legata all'inconscio e agli istinti; la zona sinistra rappresenta l'introversione e

---

<sup>5</sup> Termine introdotto da Freud nel caso clinico dell'uomo dei lupi (1914b) per indicare un possibile trauma vissuto dal bambino nell'osservare un rapporto sessuale tra i genitori o nel ricostruirlo fantasticamente.

<sup>6</sup> Termine con il quale Lacan (Di Ciaccia, 2005) indica il trauma vissuto dal bambino in seguito al distacco dal seno materno, ma soprattutto il distacco dalla madre al momento della nascita.

l'attaccamento al passato, alla madre; la zona destra l'estroversione e le relazioni con gli altri. Un disegno effettuato al centro del foglio evidenzia un giusto equilibrio tra tendenze regressive e tendenze ad attualizzare.

Un primo livello di interpretazione valuta se il disegno effettuato dal soggetto rappresenta il sé reale, il sé temuto o il sé ideale. Il sé reale ha di solito la stessa età del soggetto ed è dello stesso sesso ed evidenzia la capacità di centrarsi sulla situazione attuale del soggetto. Il sé temuto è di solito una figura aggressiva e può legarsi a tentativi difensivi nei confronti di qualcosa o di qualcuno che si teme. Il sé ideale ha di solito un'età decisamente superiore rispetto a quella del soggetto e di solito corrisponde ad una figura genitoriale con la quale il soggetto vuole identificarsi, soprattutto se si tratta del primo disegno. Naturalmente qualunque omissione nel disegno sarà interpretata.

Dal punto di vista del movimento espressivo, il cerchio si considera primitivo, effeminato, sottomesso, narcisistico, mentre le forme più angolose, implicano aggressività, mascolinità e tratti tendenti alla critica.

Il conflitto può essere espresso in svariati modi. Il soggetto può essere riluttante a disegnare, fare molte domande preliminari, disegnare solo parti del corpo, disegnare come prima figura il sesso opposto. Consapevoli espressioni del conflitto sono le cancellature e il ricalcare delle linee. Ad un livello più profondo, le ombreggiature sono indice di ansia.

In questo contesto, sarà molto importante osservare il sesso della prima figura disegnata dal soggetto. Il disegnare, infatti, quale prima figura umana, una persona di sesso opposto al proprio, potrebbe indicare una confusione relativa alla identificazione con il proprio sesso. Altri elementi a cui, in particolare, si è prestata molta attenzione in questa ricerca sono: il riferimento a stereotipi di genere; il riferimento a gravidanza e maternità; il riferimento alla statura; i disegni di coetanei; elementi pulsionali inibiti/controllati (capelli legati, collo, bacino, inguine); elementi di curiosità/paranoia (occhi, orecchie); l'evidenziare aspetti della femminilità o della mascolinità.

Anche per il disegno della figura umana sono stati individuati degli indici a cui sono stati attribuiti dei punteggi 0-1 per effettuare l'analisi statistica.

*d) La Gender Identity Interview for Children*

I criteri di punteggio per l'analisi della Gender Identity Interview for Children sono quelli definiti dagli autori (Zucker et al., 1993) che hanno valutato ogni item su una scala di 3 punti in cui è stato assegnato 0 quando la bambina ha risposto in accordo al proprio sesso biologico, 1 quando ha dato una risposta ambigua e 2 quando ha dato risposte atipiche che potrebbero indicare problematiche nell'identità di genere. Come effettuato anche da Wallien (Wallien et al., 2009) e Dèttore (Dèttore et al., 2010) le risposte ambigue sono state assemblate in un'unica categoria ed è stato stabilito, come valore discriminante tra la categoria tipica e quella atipica un punteggio cut-off di +4. Ciò significa che nell'analisi clinico-descrittiva di questa intervista, è stata prestata maggior attenzione a quelle bambine che davano almeno 4 risposte atipiche perché potenzialmente più a rischio di problematiche legate all'identità di genere.

*e) Disegno*

Il disegno rappresentate il motivo per cui le bambine si recano a Pediatria, è stato interpretato secondo una prospettiva psicomica con l'intenzione non soltanto di osservare la presenza di elementi rappresentanti la malattia così da nominare il problema, ma anche di utilizzarlo quale veicolo di comunicazione ed elaborazione degli aspetti connessi all'età e alla malattia come parte di un lavoro psicologico-clinico.

*g) Psychological General Well Being Index*

Come già detto, il questionario PGWBI dà origine a 6 differenti scale e ad un indice sintetico. Il punteggio attribuibile oscilla da 0 (stato peggiore possibile) a 5 (stato migliore possibile); il punteggio di scala varia, quindi, da un minimo di

0 ad un massimo di 15 (nelle scale a 3 items) e da un minimo di 0 ad un massimo di 25 nella scala a 5 items.

Per poter assemblare le scale è necessario seguire le seguenti tappe:

- Valutare la qualità delle risposte al questionario e la tipologia delle risposte mancanti;
- Ricodificare<sup>7</sup> la risposta ad alcune domande;
- Sommare i valori delle domande appartenenti allo stesso dominio<sup>8</sup>;
- Sommare le 22 domande per produrre l'indice totale.

I punteggi ottenuti, indipendentemente dalla loro polarità intrinseca, cioè se misurano aspetti positivi o negativi del benessere psicologico-emotivo, sono costruiti in modo da avere valori bassi in corrispondenza del peggior stato di

---

<sup>7</sup> Tabella di ricodifica delle risposte (Grossi et. al., 2002):

Domanda 1: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 2: non cambia

Domanda 3: non cambia

Domanda 4: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 5: non cambia

Domanda 6: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 7: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 8: non cambia

Domanda 9: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 10: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 11: non cambia

Domanda 12: non cambia

Domanda 13: non cambia

Domanda 14: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 15: non cambia

Domanda 16: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 17: non cambia

Domanda 18: non cambia

Domanda 19: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 20: non cambia

Domanda 21: ricodificare riversando il valore 0=5 1=4 2=3 3=2 4=1 5=0

Domanda 22: non cambia

<sup>8</sup> La seguente tabella identifica le domande proprie di ciascuna dimensione (Grossi et. al., 2002):

<u>DIMENSIONI</u>	<u>DOMANDE DA SOMMARE</u> (dopo ricodifica)	<u>VALORE MINIMO/</u> valore massimo
Ansia	5, 8, 17, 19, 22	0-25
Depressione	3, 7, 11	1-15
Positività e benessere	1, 9, 15, 20	0-20
Autocontrollo	4, 14, 18	0-15
Salute in generale	2, 10, 13	0-15
Vitalità	6, 12, 16, 21	0-20

benessere e valori alti in corrispondenza del miglior stato di benessere (Grossi et. al., 2002).

La somma delle 22 domande rappresenta il punteggio totale del PGWBI che può variare da 0 a 110. Questo range è stato poi diviso in quattro zone che rappresentano una classe diversa e specifica di benessere e di stress; troviamo, infatti, dal basso verso l'altro:

- Distress severo
- Distress moderato
- Non distress
- Benessere positivo

Nell'interpretazione del questionario è possibile, quindi, tener conto del benessere generale di una persona e di quello specifico relativo ad un particolare dominio.

#### *h) Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children*

Tale questionario presenta 16 domande costituite da 5 risposte a cui è attribuito un punteggio da 1 a 5. I valori più alti sono attribuiti a quelle risposte considerate tipicamente femminili, e cioè concordi al sesso della bambina alla quale si riferisce il questionario. È possibile, quindi, calcolare un punteggio minimo (uguale o inferiore a 16) e massimo (80). Ciò consente di stabilire un valore medio (48) al di sotto del quale possono evidenziarsi eventuali preoccupazioni delle madri rispetto al genere delle loro figlie.

È importante osservare che in questa ricerca alle domande 15 “Parla del fatto che non le piacciono alcune parti del suo corpo, con specifico riferimento alle zone anatomiche sessuali” e 16 “Parla del fatto che le piacciono alcune parti del suo corpo, con specifico riferimento alle zone anatomiche sessuali” è stata data sempre la stessa risposta dalle madri e cioè che le figlie non parlano mai delle

zone anatomiche. È stato risposto, pertanto, ad entrambe le domande, da tutte le mamme sempre “mai” cui è attribuito un punteggio rispettivamente di 5 nella domanda 15 e 1 nella domanda 16.

*i) Il Parenting Stress Index*

Dopo aver eliminato la striscia perforata del modulo di autoscoring, è necessario sommare le risposte degli items retinati (items 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 11) e riportare il valore ottenuto nella casella “Risposta difensiva”. Punteggi estremamente bassi, come un punteggio grezzo uguale o inferiore a 10 nella scala *risposta difensiva*, suggeriscono prudenza nell’analisi del protocollo, perché il soggetto potrebbe aver risposto in maniera difensiva.

Si procede, quindi, a calcolare i punteggi di ciascuna sottoscala (ogni sottoscala è costituita da 12 items) riportando la somma nelle apposite caselle. I primi 12 item, sommati, danno il punteggio relativo alla sottoscala *PD* (distress genitoriale); gli items dal 13 al 24, sommati, danno il punteggio relativo alla sottoscala *P-CDI* (interazione genitore-bambino disfunzionale); gli items dal 25 al 36, sommati, danno il punteggio relativo alla sottoscala *DC* (bambino difficile). Successivamente è necessario sommare i punteggi delle tre sottoscale per ottenere il punteggio di “Stress totale”.

I punteggi grezzi così ottenuti saranno riportati negli appositi spazi per tracciare il profilo e saranno trasformati in percentili, così come da tabella pre-costituita ottenuta su un campione italiano (Guarino et al., 2008).

Le linee guida relative all’interpretazione sono basate su valutazioni cliniche e sul confronto tra i risultati individuali con quelli di numerose ricerche effettuate sul PSI. Tali interpretazioni dovrebbero essere considerate, tuttavia, come ipotesi di lavoro, la cui validità andrebbe dimostrata mediante ulteriori indagini su ogni singolo genitore.

In generale, il range normale per i punteggi è compreso tra il 15° e l'80° percentile; sono considerati punteggi alti quelli uguali o superiori all'85° percentile.

La scala *Risposta difensiva* valuta la tendenza del soggetto a dare una più favorevole immagine di sé, minimizzando le indicazioni relative a problemi o stress nella relazione genitore-bambino. Punteggi estremamente bassi, come un punteggio grezzo uguale o inferiore a 10, suggeriscono una delle seguenti ipotesi:

- Il genitore cerca di presentarsi come molto competente, privo degli stress emotivi solitamente associati alla genitorialità;
- Il genitore non investe nel suo ruolo di genitore e, di conseguenza, non sperimenta lo stress solitamente associato al prendersi cura di un bambino;
- Il genitore è realmente una persona molto competente che riesce a gestire bene le responsabilità di genitore (Guarino, 2008).

Questa scala non indica quale delle precedenti ipotesi sia la più corretta; è necessario, pertanto, confrontare il punteggio con altre informazioni, ottenute attraverso un colloquio, relative al genitore.

Il punteggio di *Stress totale* fornisce un'indicazione del livello totale di stress genitoriale facendo riferimento alle ansie genitoriali, allo stress derivato dall'interazione del genitore con il bambino, allo stress che può avere origine dalle caratteristiche comportamentali del bambino (Adams, 2006; Haskett, Ahern, Ward e Allaire, 2006; Deater-Deckard, 2004; Knight, 2006. In Guarino, 2008).

I genitori che ottengono un punteggio di Stress totale pari o superiore al 90° percentile stanno sperimentando un livello di stress clinicamente significativo.

La sottoscala *Distress genitoriale (PD)* definisce il livello di distress che un genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale (Adams, 2006; Haskett et al., 2006; Bendell et al., 1989; Margalit e Kleitman, 2006; Owen et al., 2006;



Webster-Stratton e Hammond, 1988; Willner e Goldstein, 2001. In Guarino, 2008).

Le componenti di stress associate a questa scala sono:

- Un alterato senso di competenza genitoriale;
- Stress associati alle restrizioni poste su altri ruoli sociali presenti nella vita del genitore;
- Il conflitto con l'altro genitore;
- Mancanza di supporto sociale e presenza di depressione (Guarino, 2008).

Quando questa sottoscala risulta la più elevata tra le sottoscale, si consiglia di effettuare un'ulteriore indagine sull'adattamento personale del genitore. Quando un genitore raggiunge, nella sottoscala PD, un punteggio superiore al 90° percentile e nella scala DC un punteggio inferiore al 75° percentile è probabile che egli stia sperimentando problemi di adattamento personale che sono, almeno in parte, indipendenti dal rapporto genitore-bambino.

La sottoscala *Interazione genitore-bambino disfunzionale (P-CDI)* si focalizza sulla percezione che il genitore ha del figlio come non rispondente alle sue aspettative e su come le sue interazioni con il bambino non lo rinforzino come genitore. Tali genitori probabilmente considerano il proprio figlio come elemento negativo della propria vita e proiettano questo sentimento sul bambino (Macias et al. 2006; Smith et al., 2001; Teti et al., 2005; Verini, 2003. In Guarino et al., 2008).

Punteggi elevati in questa sottoscala indicano che il legame genitore-bambino è minacciato o non è mai stato adeguatamente stabilito. Punteggi superiori al 95° percentile indicano un potenziale abuso infantile sotto forma di negligenza, rifiuto o di episodi di maltrattamento fisico provocati dalla frustrazione (Asencio,

2003; Hopkins, 2001; MacInnis, 1984; Mash et al, 1983; Owen et al, 2006; Weis e Lovejoy, 2002. In Guarino et al., 2008). Se anche le altre sottoscale presentano un punteggio superiore al 90° percentile si deve prendere in considerazione il rischio di abuso sul bambino. Se il punteggio della scala PD è pari o inferiore al 75° percentile, non sussiste la probabilità di una perdita di controllo da parte del genitore. Se entrambi i punteggi delle sottoscale P-CDI e DC sono superiori al 90° percentile e il punteggio PD è pari o inferiore al 75° percentile, è probabile che il genitore stia fronteggiando aspetti della personalità o comportamenti del bambino particolarmente difficili.

La sottoscala *bambino difficile (DC)* si focalizza su alcune caratteristiche del bambino che lo rendono facile o difficile da gestire. Queste caratteristiche hanno spesso origine nel temperamento del bambino, ma includono anche pattern comportamentali acquisiti (modelli operativi interni) di sfida, disobbedienza e comportamenti richiestivi (Antshel e Joseph, 2006; Breen e Barkley, 1988; Goldberg et al., 1990; Haskett et al., 2003; Webster-Stratton, 1988. In Guarino et al., 2008).

Elevati punteggi in questa sottoscala sono correlabili con determinate dimensioni dell'adattamento comportamentale del bambino. Queste famiglie hanno solitamente difficoltà nel gestire il comportamento del proprio bambino sia nel porre dei limiti sia nel ricercarne la collaborazione. Nei casi estremi (superiori al 95° percentile) è necessario condurre un'ulteriore indagine diagnostica per escludere la presenza di psicopatologie significative. Solitamente i genitori che ottengono elevati punteggi avrebbero bisogno di un sostegno psicologico.

### **3.5 Analisi dei dati**

L'analisi dei dati è stata effettuata da un punto di vista clinico e da un punto di vista statistico.

Nel primo caso, sono stati analizzati i singoli strumenti somministrati alle bambine e alle madri, utilizzando un cut-off di riferimento, ove possibile, e un'interpretazione psicodinamica per i test proiettivi.

Per effettuare l'analisi statistica, sono state individuate, invece, alcune variabili; per alcune, ricavate da indici estrapolati dal materiale testologico, sono stati attribuiti punteggi 0-1, per altre, ricavate dalla somministrazione di test standardizzati, sono stati utilizzati punteggi grezzi. I valori così ottenuti sono stati inseriti in una tabella e poi sottoposti ad analisi statistica.

### **3.5.1 Analisi Clinica**

L'analisi clinica del materiale somministrato è stata effettuata analizzando ogni singolo strumento.

Il Gender Identity Interview for Children ha evidenziato un numero di risposte ambigue/atipiche da prendere in considerazione solo nelle bambine con ICS. Si osserva, infatti, la presenza di 3 bambine su 10 che hanno raggiunto un cut-off significativo. Questo naturalmente non ci può dire che queste bambine presentino un disturbo dell'identità di genere, ma è, comunque, un dato da tener presente e considerare come la presenza di un'eventuale problematica nell'area dell'identità di genere da indagare meglio attraverso la clinica. È da rilevare, inoltre, che tutte le bambine con ICS che hanno raggiunto il cut-off avevano subito un intervento chirurgico correttivo dei genitali alla nascita, a causa di un'evidente ambiguità genitale. Delle bambine con sindrome di Turner, nessuna ha presentato clinicamente risultati significativi per problematiche nell'identità di genere, sebbene si rilevi un dato molto interessante: 5 bambine su 10 hanno fatto riferimento alla maternità nelle loro risposte (nessuna bambina con ICS ha fatto riferimento a ciò), rispondendo, ad esempio, alle domande "C'è qualcosa di bello nell'essere una femmina?" o "pensi che sia meglio essere maschio o femmina?", che è meglio essere femmina perché si può essere mamme. È da ricordare, che tutte le bambine con sindrome di Turner sono sterili, sebbene all'età in cui sono

stati somministrati questi strumenti, non sia stata ancora comunicata loro la diagnosi. Questo dato naturalmente può far a lungo riflettere su quanto, per queste bambine, la maternità rappresenti un tratto distintivo dell'essere donna.

Per quanto riguarda il Parent-Report Gender Identity Questionnaire, si rilevano preoccupazioni materne riguardo all'identità di genere delle loro figlie in 5 madri di bambine con ICS che, avendo un'ambiguità genitale alla nascita, hanno subito un intervento chirurgico. Una sola madre di bambina con sindrome di Turner ha raggiunto un punteggio clinicamente significativo in tal senso. Sebbene la figlia non abbia raggiunto un cut-off significativo nel questionario specificamente rivolto alle problematiche relative all'identità di genere, si rileva che nel test della figura umana, questa bambina ha rappresentato come prima figura un maschio e che presenta, nelle favole della Düss, un'evidente angoscia di castrazione/invidia del pene che è così evidente solo nelle bambine con ICS che hanno subito l'intervento chirurgico di correzione dell'ambiguità genitale e in una bambina con ST che ha subito una gonadectomia. Si ipotizza, quindi, la presenza di preoccupazioni in questa bambina relative al proprio genere che, forse, un questionario, non è riuscito a cogliere, ma che potrebbero emergere attraverso un colloquio clinico che, a differenza del questionario, indaga più nello specifico il mondo interno. Si ipotizza, pertanto, che la preoccupazione di questa madre per l'identità di genere della propria figlia sia legata ad una preoccupazione presente anche nella bambina che va ulteriormente indagata con la clinica.

Per quanto riguarda i proiettivi somministrati alle bambine sono stati "letti" secondo un'interpretazione di tipo psicodinamico.

Nel racconto libero della storia, analizzata contenutisticamente, si sono riscontrati principalmente riferimenti ad angosce mortifere/spunti depressivi (es. *"un giorno purtroppo scoppiò la guerra. Il paese andò in fumo, si distrusse tutto e pochi di quel bellissimo paese rimasero in vita"*; *"un giorno trovò un bambino e se lo mangiò"*; *"C'era una volta un uomo che viveva in un castello pieno di colori. Un giorno una strega cattiva lo fece diventare tutto grigio"*; *"Uno degli alieni cerca*

*di farsi amico l'umano intelligente per ucciderlo e impossessarsi della terra"; "La regina si ammalò anche se aspettava una figlia"; "Purtroppo morì il gioiello di questo paese: la principessa")*, inganni e segreti (es. *"La mattina seguente si trovò un nascondiglio dietro ai cespugli"; "perché aveva detto una bugia, che la sua famiglia era in pericolo, ma non era vero"*).

Si ipotizza che le angosce mortifere e gli spunti depressivi siano presenti in queste bambine a causa della malattia che le costringe, per alcune fin dalla nascita, ad assumere una terapia farmacologia (pillole o siringhe) e a recarsi a Pediatria semestralmente per il rinnovo della cura. Queste bambine ancora non hanno avuto una comunicazione della diagnosi, ma crescendo si rendono conto di alcune diversità rispetto alle loro coetanee: le pillole, le siringhe, le visite in Day hospital e le continue "bugie" ai compagni di classe per giustificare le assenze a scuola a causa del controllo semestrale in Day Hospital. Si ipotizza, quindi, che tali diversità possano influire sull'insorgere di angosce mortifere che sono probabilmente anche maggiori di quelle di bambine alle quali è già stata comunicata la diagnosi. Queste bambine, infatti, nei contenuti dei loro racconti mostrano frequentemente riferimenti al segreto e all'inganno. Si presume, quindi, che le angosce mortifere siano amplificate a causa del timore di un segreto inconfessabile ed innominabile.

Si riporta, a titolo d'esempio, un'intera storia, narrata da una bambina di 12 anni con Sindrome di Turner alla quale, si sottolinea, non è stata ancora comunicata la diagnosi, perché si ritiene che tale storia sia molto esemplificativa sotto diversi aspetti:

#### UN PROBLEMA SCONFITTO

*Una bambina con...problemi di crescita, (come me)<sup>9</sup>. Questa bambina va al Policlinico ogni sei mesi per un controllo...(ma cambio il finale!) Ogni volta che va, i medici le dicono che sta andando tutto bene, che sta crescendo e deve continuare la cura. All'età di.....facciamo 16 anni, i medici le dicono che può*

---

<sup>9</sup> Tra parentesi sono indicati i commenti della bambina.

*smettere la cura, perché tanto più di quello non può crescere. La bambina si rattrista da una parte, perché più di quello non può crescere, ma si rallegra dall'altra perché può smettere la cura.*

*Nel frattempo la ragazza è diventata alta, bella, snella e tutti la invidiano, (come invidiano me). La ragazza si fida, si sposa ed ha pure dei bambini ed è talmente ...talmente alta che nessuno sospetta niente e lei non dice niente.*

*Però un giorno si scopre che un figlio ha la stessa...(malattia è brutto a dirsi!) Lo stesso problemino della madre, così lei è costretta a dire tutto. Di questo si arrabbiano un po' tutti, però capiscono il perché di quel silenzio. Questo bambino anche lui alla fine riesce a crescere e diventa anche lui un uomo alto e bello.*

*Alla fine i medici scoprono come non far venire più questo problema ai bambini, così al mondo non c'erano più bambini con questo tipo di problemi.*

Si è pensato potesse essere interessante riportare questa storia, perché in essa sono molto evidenti non solo le angosce mortifere/spunti depressivi e i riferimenti ad inganni e segreti, ma anche il tipico riferimento alla maternità presente in molte bambine con Sindrome di Turner.

L'angoscia di castrazione/invidia del pene emersa attraverso le favole della Düss (la favola dell'elefante) è stata riscontrata in 8 bambine su 20 (2 con ST e 6 con ICS). Esempi tipici di risposte alla favola dell'elefante di alcune di queste bambine sono: *“La proboscide si è fatta più corta”, “è cambiata la proboscide, ma non se ne sa il motivo”, “è cambiata la proboscide di lunghezza, è più lunga”, “la proboscide, che prima era lunga ed ora è corta”*. Ai fini della ricerca, questo dato appare piuttosto importante, considerato che la simbolica castrazione cui andrebbero incontro *ab origine* tutte le bambine, nel caso delle bambine con ICS avviene concretamente. Si rileva, infatti, che delle 8 bambine nelle quali è stata riscontrata tale angoscia, tutte le bambine con ICS avevano subito entro i 2 anni l'intervento chirurgico di correzione dell'ambiguità dei genitali, una bambina con

ST aveva subito una gonadectomia, mentre l'altra bambina con ST potrebbe avere delle angosce nascoste, perché ha anche disegnato nel test della figura umana un maschio come prima figura e la madre ha riportato nel Parent-Report Gender Identity Questionnaire preoccupazioni riguardo all'identità di genere della figlia.

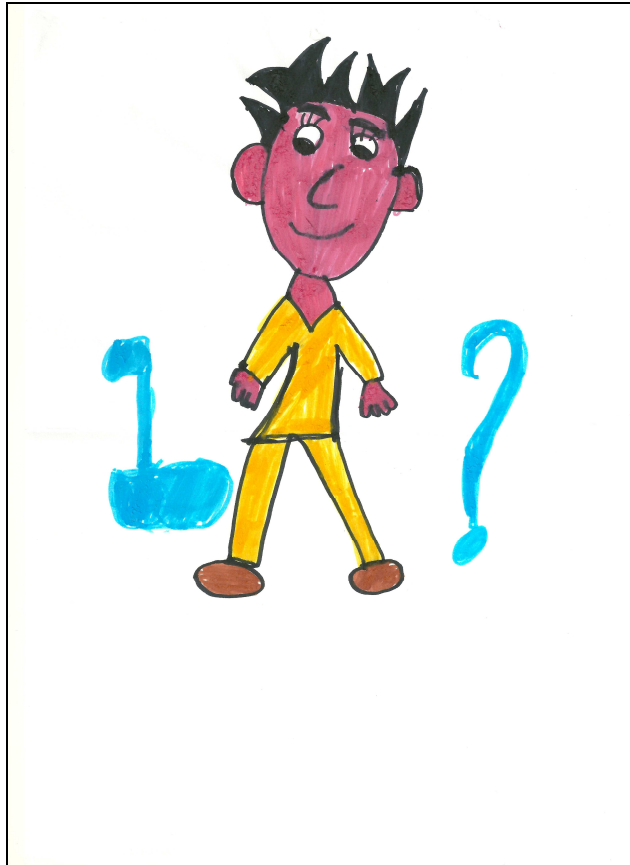
Il disegno della figura umana ha evidenziato che 5 bambine su 20 (4 con ICS e 1 con ST) hanno disegnato, come prima figura, un maschio. Solitamente si ritiene che se la prima figura disegnata da un bambino è di sesso opposto al proprio (Machover, 1968) (in questo caso se una bambina disegna come prima figura un maschio), ciò potrebbe indicare una confusione rispetto alla propria identità di genere. Tale scelta, tuttavia, non può di per sé indicare una problematica di genere *tout court*, dal momento che la proiezione della rappresentazione di sé nello spazio del foglio risente di una complessità di fattori.

Il disegnare come prima figura un maschio, tuttavia, associato al raggiungere un cut-off significativo nel questionario sull'identità di genere (Zucker, 1993) potrebbero essere degli indici significativi per problematiche nell'identità di genere.

Si riporta, a titolo d'esempio, il disegno di una bambina che ha rappresentato un maschio come prima figura e che al questionario sull'identità di genere ha raggiunto un cut-off significativo.

**Disegno 1: bambina di 11 anni con ICS**

(il disegno rappresenta un bambino di 12 anni. Il numero 1 indica il primo disegno effettuato. Non è stato saputo spiegare, invece, il senso del punto interrogativo)



La presenza di stereotipi di genere attraverso cui descrivere e differenziare il maschile e il femminile a partire dal disegno (approfonditi nell'inchiesta) si è riscontrata in 7 bambine su 20 di cui 5 con ST e 2 con ICS. Al contrario, un dato molto significativo è che non compaiono quasi per nulla (16 su 20) caratterizzazioni relative all'appartenenza sessuale né nel corpo né nell'abbigliamento, un dato questo che possiamo considerare significativo anche in virtù dell'età pre-adolescenziale delle bambine intervistate. La maggior parte dei disegni, infatti, sembravano differenziare il maschile dal femminile esclusivamente attraverso i capelli.



**Disegno 2: bambina di 11 anni con ICS**

(il disegno è la seconda figura rappresentata dalla bambina precedente. Anche in questo caso non è stato saputo spiegare il punto interrogativo. È interessante rilevare che entrambe le figure si differenziano esclusivamente dai capelli)

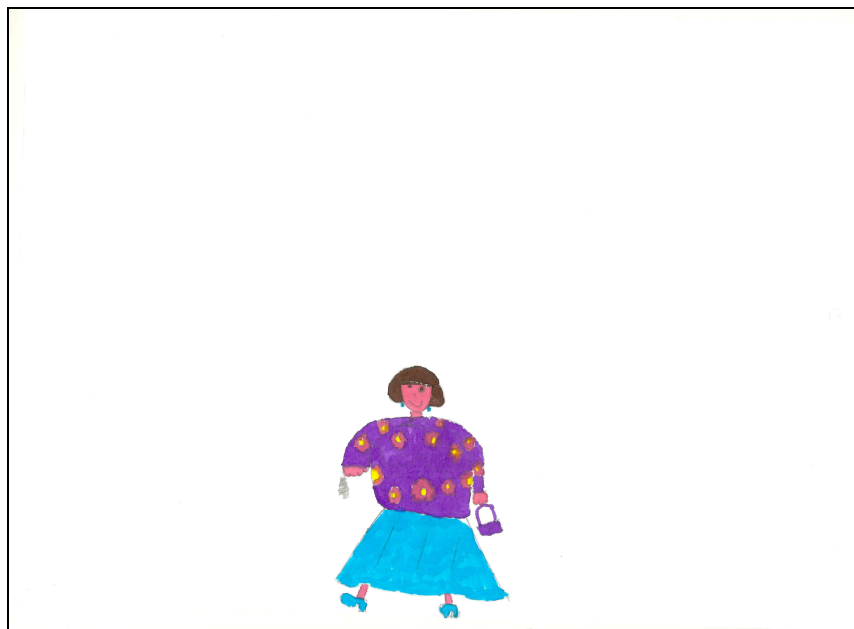


In relazione all'età e, in particolare, allo specifico momento evolutivo, si è evidenziata, invece, la presenza di elementi connessi all'istintualità e alla pulsionalità che risultano spesso inibite e coartate.

Il riferimento a maternità e gravidanza nel disegno è presente in 4 bambine su 20 (tutte con ST).

**Disegno 3: bambina di 12 anni con ST**

(il disegno rappresenta una mamma incinta)



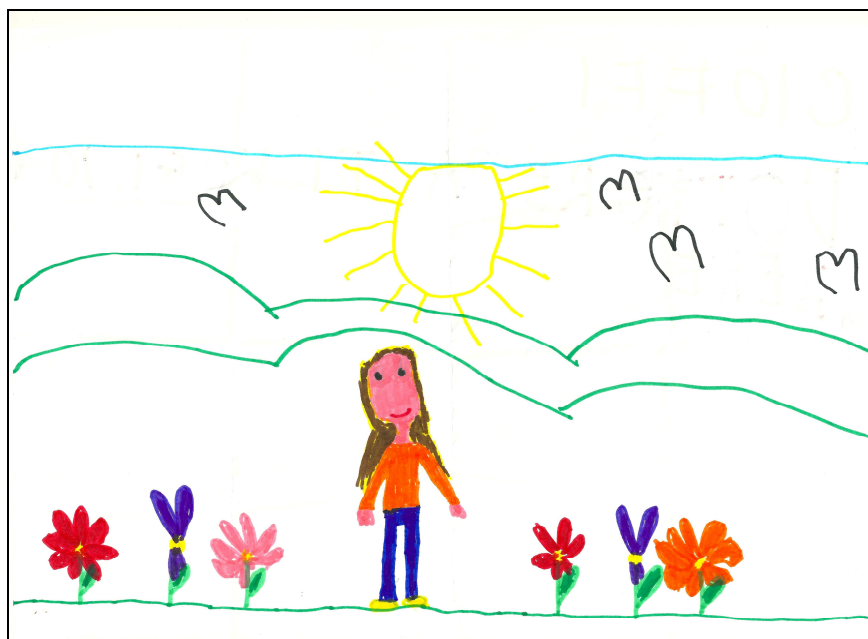
Molto interessanti, infine, sono i disegni che spiegano il motivo per il quale le bambine si recano a Pediatria.

Si osserva, infatti, che le bambine più piccole, che hanno più difficoltà a nominare il loro problema, mettono in atto delle denegazioni circa la malattia, cosa che, invece, non viene fatta dalle bambine più grandi che riescono a rappresentare attraverso il disegno la malattia e quello che ritengono essere il loro principale problema.

Di seguito sono presentati 4 disegni (2 appartenenti a bambine più piccole e 2 appartenenti a bambine più grandi).

**Disegno 4: bambina di 9 anni con ICS**

(nel colloquio racconta di aver disegnato la sua pediatra)



In questo disegno, come nella maggior parte dei casi di bambine più piccole, la raffigurazione sembra lasciare poco spazio alla possibilità di rappresentare concretamente la malattia, orientandosi piuttosto sulla denegazione della problematica. La pediatra, d'altra parte, rappresentata senza camice e senza strumenti del mestiere, si trova in un prato fiorito irradiata dalla luce di un grande sole.

**Disegno 5: bambina di 9 anni con ICS**

(Il disegno rappresenta una casa composta da strati di scotch)



Molto particolare è la raffigurazione a strati della casa-ospedale, attraverso cui viene esplorato il confine tra il dentro oscurato ed il fuori soleggiato (che si ammira attraverso la finestra, unico veicolo di accesso). Il riferimento alla malattia e soprattutto alle cure appare rappresentato dalle molteplici sovrapposizioni di pezzi di scotch-cerotto che vanno a saldare gli strati della casa-ospedale.

**Disegno 6: Bambina di 12 anni con ICS**

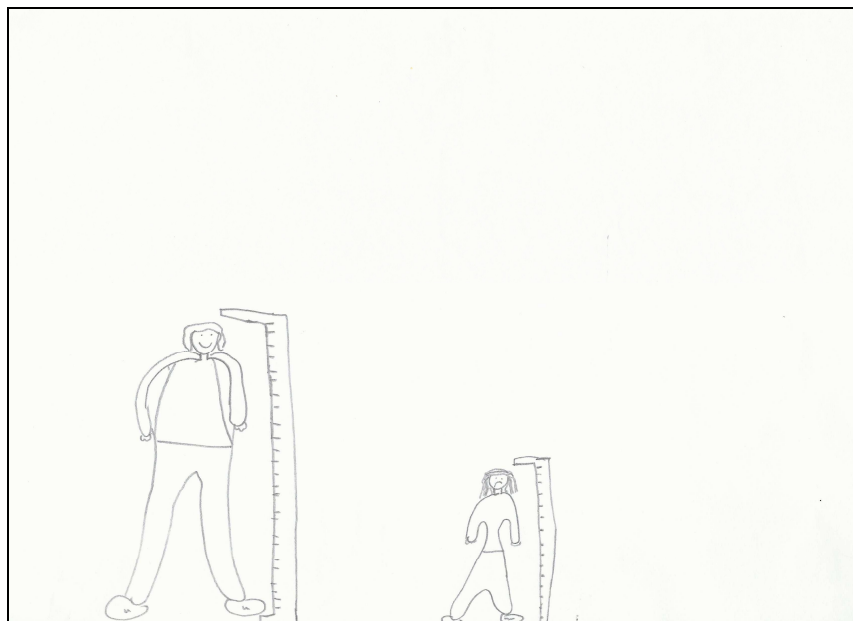
(il disegno rappresenta una ragazza di 12 anni)



Nel disegno appare significativo che, a differenza di quanto rilevato nella maggior parte dei disegni sulla figura umana, sebbene compaiano elementi rappresentativi della femminilità nell'abbigliamento, come proiezione di sé nella femminilità della figura disegnata, l'immagine della malattia risulti particolarmente evidente nell'assenza di capelli, come nella deprivazione cui sembra rimandare l'area della bocca lasciata in bianco.

### **Disegno 7: Bambina di 12 anni con ST**

(il disegno rappresenta la problematica della bassa statura. La bambina spiega, infatti, di recarsi a pediatria perché altrimenti resterebbe bassa e ciò la renderebbe molto triste, il suo recarsi a pediatria le consente, invece, di fare quelle cure che la faranno crescere e la faranno essere felice).



È da rilevare che entrambe le figure disegnate sembrano maschili, in particolare la figura che dovrebbe rappresentare la bambina nel momento in cui, attraverso la cura, avrà raggiunto la statura desiderata. È interessante, inoltre, rilevare che questo disegno è stato effettuato dalla bambina che ha subito la gonadectomia.

I questionari somministrati alle madri per valutare il loro stress totale (Parenting stress index) e quello relativo alle 4 settimane precedenti il Day Hospital (PGWBI), hanno rilevato che più della metà delle madri sono stressate. In particolare, si rileva la presenza in 5 madri su 20 (2 ST e 3 ICS) di uno stress totale significativo, se ne aggiungono altre 4 che presentano uno stress significativo legato alla gestione della propria figlia, considerata bambina difficile. 4 questionari, inoltre, non possono essere analizzati con attendibilità,

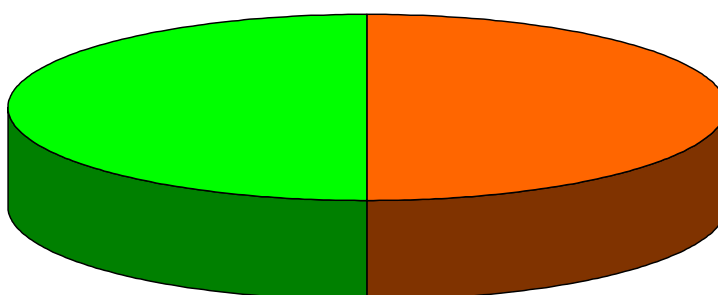
perché le madri hanno totalizzato punteggi tali da indicare risposte eccessivamente difensive che possono inficiarne l'attendibilità (si presume che tali madri siano così stressate da difendersi per evitare che ciò possa emergere). Ci si può chiedere, quindi, se anche queste 4 madri, in aggiunta alle precedenti 9, siano stressate a causa della diagnosi o gestione della propria figlia. Si rileva, infine, che le 4 settimane precedenti il Day Hospital sono particolarmente critiche per 7 madri su 20, di cui 5 presentano uno stress moderato e 2 severo. Poiché 4 madri su 7 presentano una concordanza di risposte, dal punto di vista esclusivamente clinico, tra lo stress precedente il Day Hospital e quello totale, si può presumere che queste madri non abbiano ancora adeguatamente elaborato la diagnosi delle figlie.

### 3.5.2 Statistica descrittiva

La ricerca è stata effettuata su un gruppo di 20 bambine con rispettive madri di cui 10 con diagnosi di sindrome di Turner (ST) e 10 con diagnosi di iperplasia congenita del surrene (ICS) (vedi grafico 1).

**Grafico 1**

**Distribuzione del gruppo di soggetti in base alla patologia**



- Sindrome di Turner
- Iperplasia Congenita del Surrene

Se si considera il gruppo totale di 20 bambine, esso ha un'età compresa tra i 9 e i 12 anni, età media di 10,8 anni (deviazione standard di 1,32) (vedi tabella n°1). In particolare, all'interno di questo gruppo, le 10 bambine con diagnosi di sindrome di Turner hanno un'età media di 11 anni (con deviazione standard di 1,24) (vedi tabella n°2) e le 10 bambine con diagnosi di iperplasia congenita del surrene (ICS) hanno un'età media di 10,6 anni (con deviazione standard di 1,42) (vedi tabella n°3).

**Tabella n°1: Statistiche descrittive variabile età della bambina (gruppo totale)**

	N	Minimo	Massimo	Media	D. Stad.
Età della bambina	20	9,00	12,00	10,8	1,32
N	20				

**Tabella n°2: Statistiche descrittive variabile età della bambina con ST**

	N	Minimo	Massimo	Media	D. Stad.
Età della bambina	10	9,00	12,00	11	1,24
N	10				

**Tabella n°3: Statistiche descrittive variabile età della bambina con ICS**

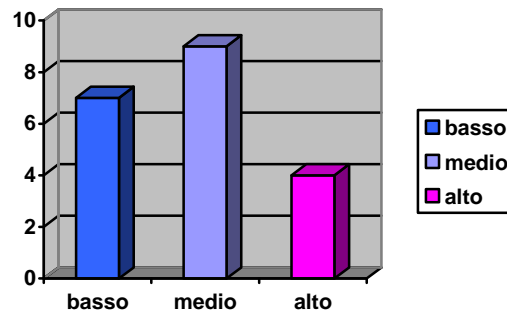
	N	Minimo	Massimo	Media	D. Stad.
Età della bambina	10	9,00	12,00	10,6	1,42
N	10				

Rispetto alla variabile livello socio-economico, ricavata durante il colloquio anamnestico, sono stati individuati tre livelli: basso, medio e alto.

Il gruppo totale è costituito da 7 famiglie su 20 con un livello socio-economico basso, 9 famiglie su 20 con un livello socio-economico medio e 4 su 20 con un livello socio-economico alto (grafico 2).

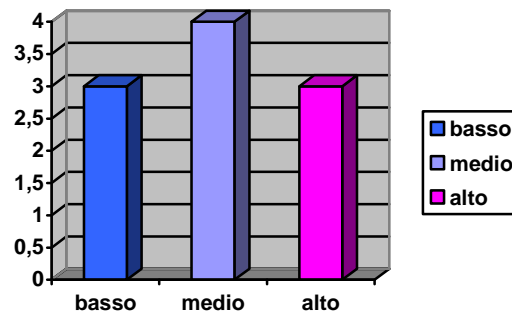


**Grafico 2 Livello socio-economico gruppo totale**



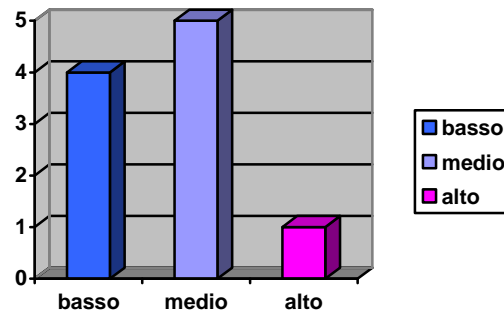
Le famiglie con diagnosi di sindrome di Turner presentano 3 su 10 un livello socio-economico basso, 4 su 10 un livello socio-economico medio e 3 su 10 un livello socio-economico alto (grafico 3).

**Grafico 3 Livello socio-economico gruppo con sindrome di Turner**



Le famiglie con diagnosi di iperplasia congenita del surrene presentano 4 su 10 un livello socio-economico basso, 5 su 10 un livello socio-economico medio e 1 su 10 un livello socio-economico alto (grafico 4).

Grafico 4 Livello socio-economico gruppo con iperplasia congenita del surrene



Un'altra variabile presa in considerazione è quella relativa al periodo in cui è stata comunicata la diagnosi della bambina ai genitori. Sono stati individuati, a tal proposito, due gruppi: al primo gruppo appartengono quelle famiglie la cui diagnosi è stata comunicata prima del compimento dei tre anni della bambina, al secondo gruppo appartengono, invece, tutte le famiglie alle quali la diagnosi è stata comunicata dopo i tre anni<sup>10</sup>.

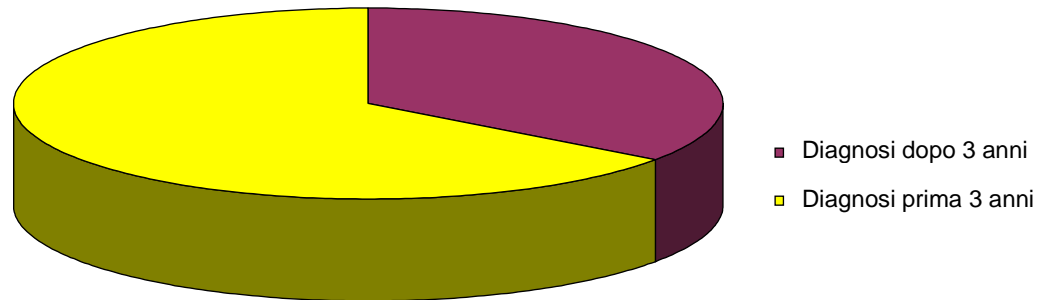
Nel gruppo di questa ricerca ci sono 13 bambine alle cui famiglie la diagnosi è stata comunicata prima dei 3 anni (65%) e 7 bambine alle cui famiglie la diagnosi è stata comunicata dopo i 3 anni (35%) (vedi grafico 5).

---

<sup>10</sup> Il considerare i 3 anni della bambina come età critica nella variabile relativa alla comunicazione della diagnosi, è legata a quanto sostenuto dalla letteratura (Stoller, 1968) che ritiene che entro tale età si vada strutturando il nucleo dell'identità di genere del bambino.

## Grafico 5

Distribuzione del gruppo di soggetti in base all'età della diagnosi

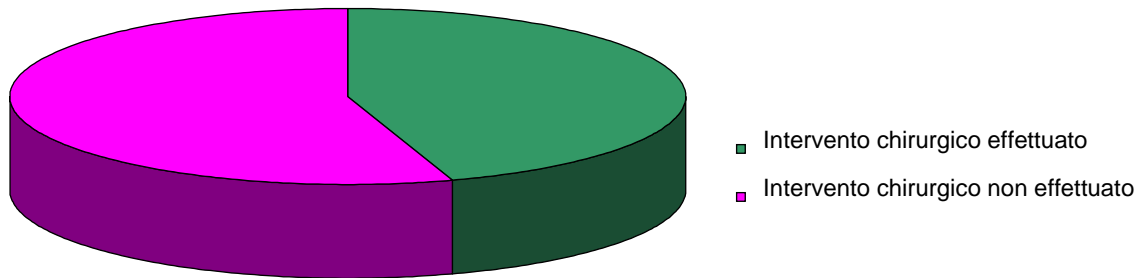


Nel gruppo di questo studio, un dato molto importante è poi la variabile intervento chirurgico. Si è scelto, per questa ricerca, di considerare nella macro area dell'intervento chirurgico sia quello di correzione dell'ambiguità genitale, sia quello di gonadectomia, perché si presume che entrambi, siano effettuati in periodi critici per la bambina e possano, pertanto, influire sul genere della bambina.

In questa ricerca ci sono 9 bambine che hanno subito interventi chirurgici ai genitali (45%) e 11 che non lo hanno subito (55%) (vedi grafico 6).

## Grafico 6

Distribuzione del gruppo di soggetti in base all'intervento chirurgico



Queste 3 variabili (sindrome, comunicazione diagnosi e intervento chirurgico) hanno consentito di dividere il gruppo totale di bambine in 2 gruppi sui quali è stato possibile effettuare un'analisi statistica.

### 3.5.3 Statistica inferenziale

Dal punto di vista statistico, sono state effettuate delle correlazioni per osservare all'interno dello stesso gruppo come si muovono 2 variabili.

Una prima correlazione è stata effettuata tra i test di Zucker (Gender Identity Interview for Children CGI e Parent-Report Gender Identity Questionnaire PGQ) somministrati al gruppo totale di bambine e madri (tabella 1) per rilevare eventuali correlazioni tra problematiche nell'identità di genere della bambina e preoccupazioni materne riguardo al genere della figlia.

**Tabella 1****Correlazioni gruppo totale**

N= 20

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,224</b>
PGQ_tot	<b>-,224</b>	1,000

In questa correlazione, riferita al gruppo totale di bambine (N=20) e di madri (N=20) si osserva la presenza di un valore negativo che, sebbene non si possa dire attraverso una correlazione se è realmente significativo, è comunque indicativo del fatto che le due variabili (CGI e PGQ) sono inversamente proporzionali. Ciò significa che, considerando il gruppo totale, sebbene, è da specificare, ancora esiguo, la correlazione tra i dati ottenuti dalle bambine al CGI e quelli ottenuti dalle madri al PGQ dà valori opposti. Si presume, pertanto, che nel gruppo totale risultati clinicamente significativi nelle madri non indicano che le bambine abbiano reali problematiche nell'identità di genere.

Possiamo, quindi, ipotizzare che le preoccupazioni materne non dovrebbero avere un peso sulla percezione che la bambina ha della propria identità di genere. Naturalmente un questionario ci consente di ottenere dei dati che si attengono ad un livello molto superficiale, i risultati, quindi, andrebbero ulteriormente indagati e integrati, non solo con quelli di gruppi di soggetti più numerosi (cosa che si spera in futuro di riuscire a fare), ma anche con quelli della clinica che può realmente esplorare il mondo interno.

Si è voluto successivamente testare l'eventuale correlazione tra questi due strumenti in relazione alla comunicazione della diagnosi ai genitori prima del compimento dei 3 anni di età della bambina (tabella 2) e dopo i tre anni (tabella 3), presupponendo, come sostenuto dalla letteratura, che una precoce comunicazione della diagnosi possa più facilmente interferire sulle

rappresentazioni materne riguardo al genere della bambina influenzando sullo sviluppo dell'identità della bambina.

**Tabella 2**

**Correlazioni gruppo comunicazione diagnosi prima dei 3 anni**

N= 13

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,133</b>
PGQ_tot	<b>-,133</b>	1,000

**Tabella 3**

**Correlazioni gruppo comunicazione diagnosi dopo i 3 anni**

N°= 7

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,497</b>
PGQ_tot	<b>-,497</b>	1,000

Osservando i valori ottenuti in entrambe le correlazioni (gruppo con diagnosi prima dei 3 anni e gruppo con diagnosi dopo i 3 anni), sono entrambi negativi, quindi inversamente proporzionali, e ciò potrebbe indicare che le rappresentazioni materne non influiscono sull'identità di genere della bambina, né se la diagnosi è comunicata prematuramente, né se è comunicata tardivamente. Analizzando i dati più in particolare si rileva, tuttavia, la presenza di un valore più significativo (-,497) nel gruppo a cui la diagnosi è stata comunicata dopo i 3 anni.

Ci aspetteremmo che la comunicazione della diagnosi ai genitori in un periodo compreso tra 0 e 3 anni della bambina (periodo considerato dalla letteratura

estremamente delicato rispetto all'influenza che pensieri e preoccupazioni materne possono avere sullo strutturarsi dell'identità di genere della bambina) abbia ripercussioni sull'identità di genere della bambina e, invece, la direzione è inversamente proporzionale, sebbene il valore non sia particolarmente significativo (-,133) e ciò indica che nonostante ad una madre sia stata comunicata una diagnosi precocemente, essa non dovrebbe influire sullo strutturarsi dell'identità di genere della bambina. Un valore più significativo, sebbene negativo, si osserva, invece, in quelle madri alle quali la diagnosi è stata comunicata tardivamente, indicando ancora una volta che non c'è questa influenza materna nello strutturarsi dell'identità di genere della bambina o meglio, in questo caso come potremmo aspettarci, che non conoscendo la diagnosi la madre, eventuali problematiche nell'identità di genere delle bambine, non dipendono da preoccupazioni materne.

Si è voluto, poi, analizzare l'eventuale correlazione tra questi due strumenti in base alla diagnosi di ICS (tabella 4) e di sindrome di Turner (tabella 5)

**Tabella 4**

**Correlazioni gruppo con ICS**

N°= 10

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,086</b>
PGQ_tot	<b>-,086</b>	1,000

**Tabella 5****Correlazioni gruppo con ST**

N°= 10

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,172</b>
PGQ_tot	<b>-,172</b>	1,000

Tali correlazioni hanno evidenziato sempre valori negativi, quindi, inversamente proporzionali tra madri e figlie indicando, quindi, ancora una volta, che le rappresentazioni di genere delle madri non dovrebbero influenzare l'identità di genere delle figlie, ma la significatività è veramente minima. Un valore inferiore nelle correlazioni delle ICS potrebbe indicare che, comunque le rappresentazioni/preoccupazioni di genere delle madri di bambine con ICS potrebbero influenzare l'identità delle bambine più di quelle delle madri di bambine con ST. Tale dato, in particolare, non essendo particolarmente significativo, andrebbe comunque indagato ulteriormente con la clinica.

Si è voluta osservare, infine, l'eventuale correlazione tra questi strumenti in relazione all'aver effettuato (tabella 6) o no (tabella 7) l'intervento chirurgico ai genitali.

**Tabella 6****Correlazioni gruppo intervento effettuato**

N = 9

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,157</b>
PGQ_tot	<b>-,157</b>	1,000



**Tabella 7**

**Correlazioni gruppo No intervento**

**N = 11**

	CGI_tot	PGQ_tot
CGI_tot	1,000	<b>-,206</b>
PGQ_tot	<b>-,206</b>	1,000

Ci aspetteremmo che una madre, la cui figlia ha subito un intervento chirurgico ai genitali, possa avere maggiori preoccupazioni sull'identità di genere della propria figlia, rispetto alla madre di una bambina che non ha subito alcun intervento chirurgico. Anche in questo caso, tuttavia, la correlazione effettuata mostra la presenza di valori negativi, quindi le variabili sono inversamente proporzionali. Ciò potrebbe significare che un intervento chirurgico ai genitali subito da una bambina, non dovrebbe influire sulle preoccupazioni materne relative all'identità di genere della bambina, più del non aver subito alcun intervento. Questo dato naturalmente apre molti interrogativi: Quali fattori sono subentrati? Le madri erano eccessivamente difese? Oppure si può pensare che sia sempre preferibile integrare il dato statistico con i dati ricavati dalla clinica così da avere maggiori risposte a questi interrogativi?

Un secondo tipo di correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dalle favole della Düss.

Preliminarmente sono state estrapolate dalle favole delle aree che sono: avidità orale, aspetti di compiacenza, angoscia di castrazione/invidia del pene, angosce mortifere/spunti depressivi, dipendenza/infantilismo, elementi edipici. Sono stati, quindi, attribuiti dei punteggi 0 = No, 1 = Sì (rispetto alla presenza di questi indici) e correlati con il Gender Identity Interview for Children. Tale correlazione

è stata effettuata per individuare indici significativi nelle problematiche di genere di queste bambine.

Per la correlazione tra il CGI e le favole, così come per tutti i proiettivi analizzati (espressi in punteggi 0-1, quindi variabili continue e dicotomiche) utilizziamo il coefficiente  $r$  di Pearson.

Dall'analisi effettuata, emergono due dati interessanti, degni di attenzione: la presenza di angosce mortifere/spunti depressivi significativi sia nelle bambine con ICS (tabella 8) sia in quelle che hanno subito l'intervento chirurgico genitale (tabella 9).

**Tabella 8**

**Correlazioni gruppo ICS**

**N=10**

	CGI tot	Avidità orale	Aspetti di compiacenza	Angoscia di castrazione/ invidia del pene	Angosce mortifere/spunti depressivi	Dipendenza/ infantilismo	Edipo
CGI tot	1	-,209	,507	-,179	<b>,656*</b>	,534	,097
Avidità orale	-,209	1	-,375	,000	-,375	-,218	,408
Aspetti di compiacenza	,507	-,375	1	,000	,375	,218	,102
Angoscia di castrazione / invidia del pene	-,179	,000	,000	1	,000	-,218	,000
Angosce mortifere/ spunti depressivi	<b>,656*</b>	-,375	,375	,000	1	,218	-,408
Dipendenza/ infantilismo	,534	-,218	,218	-,218	,218	1	,356
Edipo	,097	,408	,102	,000	-,408	,356	1

**Tabella 9**

**Correlazioni gruppo Intervento Si**

**N= 9**

	CGI tot	Avidità orale	Aspetti di compiacenza	Angoscia di castrazione/ invidia del pene	Angosce mortifere/spunti depressivi	Dipendenza/ infantilismo	Edipo
CGI tot	1	-,152	,463	-,089	<b>,806**</b>	,426	-,122
Avidità orale	-,152	1	-,661	-,060	-,189	-,357	,286
Aspetti di compiacenza	,463	-,661	1	-,316	,500	,661	-,189
Angoscia di castrazione / invidia del pene	-,089	-,060	-,316	1	,316	-,478	-,478
Angosce mortifere/ spunti depressivi	<b>,806**</b>	-,189	,500	,316	1	,189	-,378
Dipendenza/ infantilismo	,426	-,357	,661	-,478	,189	1	,357
Edipo	-,122	,286	-,189	-,478	-,378	,357	1

È interessante rilevare che solo nelle bambine con ICS la correlazione tra angosce mortifere e problematiche nell'area del genere, riscontrate attraverso il CGI, sia significativa perché solo nelle bambine con ICS, attraverso questo strumento, si sono riscontrate problematiche nell'identità di genere, mentre è significativo che in generale le angosce mortifere siano presenti anche in un numero consistente di bambine con ST (7 su 10) e forse questo dato può essere spiegato perché quest'angoscia è correlata più in generale all'area della malattia.

Una terza correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dal test della figura umana. Anche in questo caso, così come per la favole della Düss, sono stati individuati alcuni indici ai quali è stato attribuito un punteggio 0 = No, 1 = Sì in base alla presenza/assenza dell'indice. Gli indici sono i seguenti: prima figura maschile, riferimento a stereotipi di genere, riferimento a gravidanza e maternità, riferimento alla statura, disegni di coetanei, elementi pulsionali inibiti/controllati, elementi di curiosità/paranoia, aspetti della femminilità.

Interessanti correlazioni sono quelle con le variabili ICS (tabella 10) e intervento effettuato (tabella 12). È anche molto interessante, inoltre, quanto emerso dalle correlazioni nelle bambine con ST (tabella 11), in quest'ultimo caso, tuttavia, il valore significativo è tra 2 variabili dicotomiche e la letteratura a riguardo ha opinioni piuttosto divergenti se ritenere adeguata o no la correlazione. Poiché clinicamente, ho ritenuto interessante quanto rilevato, vi ci accennerò da un punto di vista semplicemente descrittivo.

**Tabella 10**

**Correlazioni gruppo ICS**

**N=10**

	Figura masch.	Stereotipi genere	Gravidanza /maternità	statura	coetanei	Elementi pulsionali	curiosità/paranoia	Aspetti femmin.	CGI tot
Figura masch.	1,00	-,250	,375	-,167	-,375	-,375	,500	-,167	<b>,686*</b>
Stereotipi genere	-,250	1,00	,375	-,167	-,375	,250	,000	-,167	,388
Gravidanza/maternità	,375	,375	1,00	-,167	-1,00**	-,375	,500	-,167	,388
statura	-,167	-,167	-,167	1,00	,167	,667*	-,333	-,111	-,139
coetanei	-,375	-,375	-1,00**	,167	1,00	,375	-,500	,167	-,388
Elementi pulsionali	-,375	,250	-,375	-,667*	,375	1,00	,000	,167	-,089
curiosità/paranoia	,500	,000	,500	-,333	-,500	,000	1,00	,333	,179
Aspetti femmin.	-,167	-,167	-,167	-,111	,167	,167	,333	1,00	-,537
CGI tot	<b>,686*</b>	,388	,388	-,139	-,388	-,089	-,179	-,537	1,00

**Tabella 11**

**Correlazioni gruppo ST**

**N=10**

	Figura masch.	Stereotipi genere	Gravidanza /maternità	statura	coetanei	Elementi pulsionali	curiosità/paranoia	Aspetti femmin.	CGI tot
Figura masch.	1,00	-,218	,327	-,089	-,048	,327	-,535	-,218	,323
Stereotipi genere	-,218	1,00	,500	,816**	-,218	,000	,000	,333	,415
Gravidanza/maternità	,327	,500	1,00	,612	-,764*	-,375	-,408	,667*	-,444
statura	-,089	,816**	,612	1,00	-,356	-,102	-,250	,408	,000
coetanei	-,048	-,218	-,764*	-,356	1,00	,218	,535	,509	,323
Elementi pulsionali	,327	,000	-,375	-,102	,218	1,00	-,102	-,667*	,444
curiosità/paranoia	-,535	,000	-,408	-,250	,535	-,102	1,00	-,272	,242
Aspetti femmin.	-,218	,333	,667*	,408	,509	-,667*	-,272	1,00	-,296
CGI tot	,323	,415	-,444	,000	,323	,444	,242	-,296	1,00

**Tabella 12**

**Correlazioni gruppo Intervento Si**

N=9

	Figura masch.	Stereotipi genere	Gravidanza /maternità	statura	coetanei	Elementi pulsionali	curiosità/paranoia	Aspetti femmin.	CGI tot
Figura masch.	1,00	-,378	,189	-,286	-,189	-,189	,478	-,286	<b>,670*</b>
Stereotipi genere	-,378	1,00	,500	,189	-,500	,000	-,316	,189	,040
Gravidanza/maternità	,189	,500	1,00	,189	-1,00**	-,500	,158	,189	,040
statura	-,286	,189	,189	1,00	-,189	-,756*	-,598	,357	-,426
coetanei	-,189	-,500	-1,00**	-,189	1,00	,500	-,158	-,189	-,040
Elementi pulsionali	-,189	,000	-,500	-,756*	,500	1,00	-,316	-,189	,201
curiosità/paranoia	,478	-,316	,158	-,598	-,158	-,316	1,00	-,060	,255
Aspetti femmin.	-,286	,189	,189	,357	-,189	-,189	-,060	1,00	-,701*
CGI tot	<b>,670*</b>	,040	,040	-,426	-,040	,201	,255	-,701*	1,00



Dall'analisi delle correlazioni con le variabili relative alle sindromi ICS e Turner, si osserva un valore significativo, positivo, quindi direttamente proporzionale, nelle bambine con ICS tra il CGI ed il disegnare come prima figura un maschio, come ad indicare che le bambine con ICS che disegnano una prima figura maschile, anziché femminile, al test della figura umana hanno significative probabilità di manifestare eventuali problematiche nell'area dell'identità di genere, riscontrabili attraverso il CGI. È interessante rilevare che tale significatività di correlazione non è, invece, presente nelle bambine con ST nelle quali, invece, si rileva un altro dato estremamente significativo: la presenza di una correlazione positiva elevata e significativa tra il riferimento a maternità e gravidanza e l'evidenziare aspetti della femminilità, come ad indicare che la maternità (ricordiamo che tutte le bambine con ST sono sterili) è indice di femminilità. Tale dato, considerate alcune divergenti opinioni in merito alla correlazione tra variabili dicotomiche, è qui considerato esclusivamente da un punto di vista descrittivo, ma poiché esso concorda anche con l'analisi clinica degli strumenti somministrati, si è ritenuto importante segnalarlo.

Per quanto riguarda, invece, la variabile intervento effettuato (vedi tabella 12) si osserva, come per le bambine con ICS, una significativa correlazione positiva tra il CGI ed il disegnare un maschio come prima figura. Ciò potrebbe indicare che bambine che hanno subito interventi chirurgici genitali e che disegnano un maschio come prima figura al test del disegno della figura umana, potrebbero presentare problematiche nell'identità di genere. Poiché l'intervento chirurgico è stato effettuato, nel gruppo di questa ricerca, quasi sempre (ad eccezione di un'unica bambina con ST) nelle bambine con ICS, si può ipotizzare che le bambine con ICS, che hanno subito un intervento chirurgico ai genitali per correggere un'ambiguità genitale, che nel test della figura umana disegnano un maschio come prima figura, possano avere maggiori probabilità di manifestare problematiche nell'identità di genere.

Una quarta correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dal racconto libero della storia. Anche nella storia sono stati individuati alcuni indici ai quali è stato attribuito un punteggio 0 = No, 1 = Sì in base alla presenza/assenza dell'indice. Gli indici sono i seguenti: personaggio principale maschile, personaggio principale fantasioso/asessuato, angosce mortifere/depressive, riferimento esplicito a maternità, riferimento a malattia, riferimento a inganni/segreti, riferimento a pericoli/imprevisti.

Dall'analisi di tutte le correlazioni effettuate si evince un dato interessante: una significativa correlazione positiva nelle bambine con ICS tra il CGI ed il riferimento a pericoli e imprevisti (tabella 10), significatività non presente nelle ST.

**Tabella 10**

**Correlazioni gruppo con ICS**

**N=10**

	CGI tot	Personag. maschile	Personaggi o fantasioso/asessuato	Angosce mortifere /depressive	maternità	malattia	inganni /segreti	Pericoli/imprevisti
CGI tot	1,00	-,060	,247	,013	-,219	,259	-,060	<b>,706*</b>
Personag. masch.	-,060	1,00	-,327	,327	,102	-,167	,000	-,102
Personag. fantasioso/asessuato	,247	-,327	1,00	,429	-,089	,509	,655*	,535
Angosce mortifere /depressive	,013	,327	,429	1,00	,089	,218	,655*	,356
maternità	-,219	,102	-,089	,089	1,00	-,272	,408	-,167
malattia	-,259	-,167	,509	,218	-,272	1,00	,333	,272
inganni/segreti	-,060	,000	,655*	,655*	,408	,333	1,00	,408
Pericoli/imprevisti	<b>,706*</b>	-,102	,535	,356	-,167	,272	,408	1,00

Ciò potrebbe indicare che bambine con ICS con eventuali problematiche nell'identità di genere temano di più pericoli o imprevisti rispetto alle bambine con ST. Indubbiamente riflettendo sulla storia clinica delle ICS, l'ambiguità genitale, presente nella maggior parte di esse, potrebbe rappresentare un imprevisto al quale dover far fronte crescendo e ciò potrebbe essere correlato a problematiche nell'identità di genere.

Un altro dato interessante, sebbene descrittivo, è il valore significativo dell'incrocio tra gli indici *referimento a inganni e segreti* ed *angosce mortifere/depressive* in bambine alle cui madri la diagnosi è stata comunicata prima dei 3 anni (tabella 11). Ciò potrebbe indicare che il peso del segreto/inganno mantenuto più a lungo dalla madre abbia influito maggiormente sul vissuto della bambina determinando in lei la presenza di angosce mortifere/depressive? O forse tale significatività potrebbe essere espressione di angosce mortifere e depressive con cui le madri sono costrette a fare i conti dal momento della comunicazione della diagnosi? Forse tale dato dovrebbe essere tenuto a mente dal clinico ed esplorato meglio attraverso i colloqui.

**Tabella 11**

**Correlazioni gruppo diagnosi 0-3 anni**

**N= 13**

	CGI tot	Personag. maschile	Personaggi o fantasioso/asessuato	Angosce mortifere /depressive	maternità	malattia	inganni /segreti	Pericoli/imprevisti
CGI tot	1,00	,041	,064	,102	,036	-,019	-,218	,350
Personag. masch.	,041	1,00	-,284	,284	,101	-,284	,033	-,178
Personag. fantasioso/asessuato	,064	-,284	1,00	,444	-,184	-,083	,720**	,444
Angosce mortifere /depressive	,102	,284	,444	1,00	,184	,083	<b>,617*</b>	,278
maternità	,036	-,101	-,184	,184	1,00	,158	,220	-,158
malattia	-,019	-,284	-,083	,083	,158	1,00	,151	,444
inganni/segreti	-,218	,033	,720**	<b>,617*</b>	,220	,051	1,00	,283
Pericoli/imprevisti	,350	-,178	,444	,278	-,158	,444	,283	1,00

Una quinta, ed ultima, correlazione è stata effettuata incrociando il Gender Identity Interview for Children con i valori di alcuni test somministrati ai genitori, in particolare, il Parent-report gender identity questionnaire, il parenting stress index (suddiviso nelle sue scale stress totale, PD, P-CDI, DC, DIF) ed il PGWBI (suddiviso nelle sue sottoscale). Tale correlazione ha lo scopo di individuare elementi di stress nelle madri causati da eventuali problematiche di genere nelle proprie figlie.

Come prima cosa è interessante rilevare che tutti i valori dello stress nelle madri sono elevati e significativi, ma in particolare quasi tutte le madri considerano inconsapevolmente il loro stress causato dalla gestione difficile della propria figlia.

Anche questa correlazione è stata effettuata sul gruppo totale di soggetti, sul gruppo con diagnosi di ICS e con diagnosi di sindrome di Turner, sul gruppo con diagnosi prima dei 3 anni e dopo i 3 anni e, infine, sul gruppo con intervento effettuato e non effettuato.

Dati interessanti si sono osservati nel gruppo totale (tabella 12), nel gruppo con ICS (tabella 13) e nel gruppo con diagnosi dopo i 3 anni (tabella 14)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Data l'ampiezza delle tabelle si riportano soltanto alcune scale ritenute più significative.

**Tabella 12**

**Correlazioni con gruppo totale**

**N=20**

	CGI tot	PGQ tot	P. Stress	P. Stress PD	P. Stress DC	P. Stress DIF	PGWB I depressione	PGWB I autocontrollo
CGI tot	1,00	-,224	-,050	,168	-,023	-,013	-,066	,017
PGQ tot	-,224	1,00	,388	,415	<b>,473*</b>	<b>,514*</b>	-,444*	-,461*
P. Stress	-,050	,388	1,00	,762**	,900**	,911**	-,653**	-,663**
P. Stress PD	,168	,415	,762**	1,00	,578**	,763**	-,539*	-,785**
P. Stress DC	-,023	<b>,473*</b>	,900**	,578**	1,00	,792**	-,599**	-,490*
P. Stress DIF	-,013	<b>,514*</b>	,911**	,763**	,792**	1,00	-,644**	-,596**
PGWBI depressione	-,066	-,444*	-,653**	-,539*	-,599**	-,644**	1,00	,628**
PGWBI autocontrollo	,017	-,461*	-,663**	-,785**	-,490*	-,596**	,628**	1,00

**Tabella 13**

**Correlazioni con gruppo ICS**

**N=10**

	CGI tot	PGQ tot	P. Stress	P. Stress PD	P. Stress DC	P. Stress DIF	PGWB I depressione	PGWB I autocontrollo
CGI tot	1,00	-,086	-,391	,135	-,209	-,294	,182	,055
PGQ tot	-,086	1,00	<b>,704*</b>	,518	<b>,865**</b>	,704*	-,400	-,637*
P. Stress	-,391	<b>,704*</b>	1,00	,754*	,795**	,902**	-,653*	-,757*
P. Stress PD	,135	,518	,754*	1,00	,481	,772**	-,524	-,869**
P. Stress DC	-,209	<b>,865**</b>	,795**	,481	1,00	,702*	-,604	-,580
P. Stress DIF	-,294	,704*	,902**	,772**	,702*	1,00	-,333	-,644*
PGWBI depressione	,182	-,400	-,653*	-,524	-,604	-,333	1,00	,737*
PGWBI autocontrollo	,055	-,637*	-,757*	-,869**	-,580	-,644*	,737*	1,00



**Tabella 14**

**Correlazione con diagnosi dopo 3 anni**

N=7

	CGI tot	PGQ tot	P. Stress	P. Stress PD	P. Stress DC	P. Stress DIF	PGWB I depressione	PGWB I autocontrollo
CGI tot	1,00	-,497	-,019	-,171	,080	-,226	,186	,126
PGQ tot	-,497	1,00	,367	,556	,452	,518	-,520	-,615
P. Stress	-,019	,367	1,00	<b>,970**</b>	,934**	,932**	-,919**	-,840*
P. Stress PD	-,171	,556	<b>,970**</b>	1,00	,894**	,962**	-,914**	-,881**
P. Stress DC	,080	,452	,934**	,894**	1,00	,849*	,912**	-,746
P. Stress DIF	-,226	,518	,932**	,962**	,849*	1,00	-,878*	-,852*
PGWBI depressione	,186	-,520	-,919**	-,914**	,912**	-,878*	1,00	,897**
PGWBI autocontrollo	,126	-,615	-,840*	-,881**	-,746	-,852*	,897**	1,00

Nell'analisi del gruppo totale (tabella 12) interessante è la correlazione tra il PGQ e lo stress DC (=bambino difficile) e tra il PGQ e la DIF (=difesa). Entrambi i valori sono positivi, quindi direttamente proporzionali. Ciò potrebbe significare che la preoccupazione materna riguardo all'identità di genere della figlia va di pari passo con lo stress per la gestione di una figlia considerata difficile e che le madri che hanno più preoccupazioni per l'identità di genere delle figlie sono anche più difese nell'effettuare un questionario sullo stress. Tale dato, riflettendo sull'analisi clinica effettuata su ogni singolo strumento, potrebbe avvalorare

l'ipotesi che i questionari delle madri sullo stress analizzati con più cautela a causa di valori che indicherebbero la presenza di risposte difensive, andrebbero nella direzione di una massiccia difesa messa in atto dalla madre a causa delle difficoltà nella gestione della figlia.

Dall'analisi del gruppo con ICS (tabella 13) si osserva che le madri di bambine ICS, rispetto alle madri di bambine con ST, hanno maggiori preoccupazioni per l'identità di genere delle loro figlie e sono anche più stressate nel gestire la figlia che considerano difficile.

Nella correlazione, infine, del gruppo relativo alla comunicazione della diagnosi dopo i 3 anni, si rileva che le madri presentano un distress genitoriale significativo, maggiore di quello riscontrato nelle madri che hanno avuto una diagnosi prima dei 3 anni della bambina. Ciò potrebbe dipendere dall'aver avuto meno tempo per poter elaborare la diagnosi e, quindi, che tali madri possano essere più stressate?.

Da questa correlazione si evince, inoltre, che queste madri non sono più stressate a causa di preoccupazioni relative all'identità di genere della propria figlia, ma rispetto ai tempi di comunicazione della diagnosi e, quindi, a causa della malattia e della gestione di una bambina con una malattia cronica.

### **3.6 Risultati**

L'analisi statistica utilizzata per questa ricerca è stata la correlazione che viene utilizzata per osservare come si muovono alcune variabili in un gruppo. I risultati a cui si è giunti in questa ricerca vanno, tuttavia, considerati con cautela data la ridotta dimensione del gruppo di soggetti analizzati, ma considerato che stiamo parlando di una malattia di rara e che i numeri non saranno mai elevatissimi, tali dati possono rappresentare un valido punto di partenza per future analisi, non solo con gruppi più numerosi, ma anche per studi longitudinali. È da specificare, inoltre, che i risultati che saranno presentati per questo studio si riferiscono esclusivamente all'analisi descrittiva e statistica degli strumenti somministrati che, da soli, ci consentono di ottenere dei dati che attengono ad un livello

superficiale, i risultati, quindi, andrebbero ulteriormente indagati e integrati con la clinica che può realmente esplorare il mondo interno.

Una prima correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children (CGI) e il Parent-Report Gender Identity Questionnaire (PGQ) sul gruppo totale di bambine e madri.

Da questa correlazione, considerando il gruppo totale, si osserva che risultati clinicamente significativi nelle madri non indicano che le bambine abbiano reali problematiche nell'identità di genere. Possiamo, quindi, ipotizzare, a dispetto di quanto ci saremmo potuti aspettare, in considerazione di quanto sostenuto dalla letteratura, che le preoccupazioni materne non dovrebbero avere un peso sulla percezione che la bambina ha della propria identità di genere.

Si è voluto successivamente testare l'eventuale correlazione tra questi due strumenti in relazione alla comunicazione della diagnosi ai genitori prima del compimento dei 3 anni della bambina e dopo i 3 anni. Ci aspetteremmo che la comunicazione della diagnosi ai genitori in un periodo compreso tra 0 e 3 anni della bambina (periodo considerato dalla letteratura estremamente delicato rispetto all'influenza che pensieri e preoccupazioni materne possono avere sullo strutturarsi dell'identità di genere della bambina) possa avere ripercussioni sull'identità di genere della bambina e, invece, analizzando i dati, si osserva che i valori ottenuti in entrambe le correlazioni (gruppo con diagnosi prima dei 3 anni e gruppo con diagnosi dopo i 3 anni) sono negativi, quindi inversamente proporzionali, e ciò potrebbe indicare che le rappresentazioni materne non dovrebbero influire sull'identità di genere della bambina, né se la diagnosi è comunicata prematuramente, né se è comunicata tardivamente. Si rileva, tuttavia, la presenza di un valore più significativo nel gruppo a cui la diagnosi è stata comunicata dopo i 3 anni indicando, anche in questo caso, che non c'è questa influenza materna nello strutturarsi dell'identità di genere della bambina o meglio, in questo caso come potremmo aspettarci, che non conoscendo la diagnosi la madre, eventuali problematiche nell'identità di genere delle bambine,

non dipendono da preoccupazioni materne, ma da altri fattori che dovrebbero essere indagati diversamente.

Si è voluta, poi, analizzare l'eventuale correlazione tra questi due strumenti in base alla diagnosi di ICS e di ST. Tali correlazioni hanno evidenziato, ancora una volta, che le rappresentazioni di genere delle madri non dovrebbero influenzare l'identità di genere delle figlie. Un valore inferiore delle correlazioni delle ICS potrebbe indicare che, comunque le rappresentazioni/preoccupazioni di genere delle madri di bambine con ICS potrebbero influenzare l'identità delle bambine più di quelle delle madri di bambine con ST. Tale dato, in particolare, non essendo statisticamente molto significativo, andrebbe comunque indagato ulteriormente con la clinica.

Si è voluta osservare, infine, l'eventuale correlazione tra questi strumenti in relazione all'aver effettuato o no l'intervento chirurgico ai genitali. Ci aspetteremmo che una madre, la cui figlia ha subito alla nascita un intervento chirurgico ai genitali per correggere un'ambiguità genitale, possa avere maggiori preoccupazioni sull'identità di genere della propria figlia, rispetto alla madre di una bambina che non ha subito alcun intervento chirurgico. Anche in questo caso, tuttavia, la correlazione effettuata mostra che un intervento chirurgico ai genitali subito da una bambina a causa di ambiguità genitale, non dovrebbe influire sulle preoccupazioni materne relative all'identità di genere della bambina e, quindi, sull'identità di genere della bambina stessa, più del non aver subito alcun intervento. Questo dato naturalmente apre molti interrogativi: Quali fattori sono subentrati? Le madri erano eccessivamente difese? Oppure si può pensare che sia sempre preferibile integrare il dato statistico con i dati ricavati dalla clinica così da avere maggiori risposte a questi interrogativi?

Un secondo tipo di correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dalle favole della Düss. Tale correlazione è stata effettuata per individuare indici significativi nelle problematiche di genere di queste bambine.

Dall'analisi effettuata, emergono due dati interessanti, degni di attenzione: la presenza di angosce mortifere/spunti depressivi significativi sia nelle bambine con ICS sia in quelle che hanno subito l'intervento chirurgico genitale.

È interessante rilevare che solo nelle bambine con ICS la correlazione tra angosce mortifere e problematiche nell'area del genere, riscontrate attraverso il CGI, è significativa perché solo nelle bambine con ICS, attraverso questo strumento, si sono riscontrate problematiche nell'identità di genere, mentre è significativo che in generale le angosce mortifere siano presenti anche in un numero consistente di bambine con ST (7 su 10) e forse questo dato può essere spiegato perché quest'angoscia è correlata più in generale all'area della malattia.

Una terza correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dal test della figura umana.

Interessanti correlazioni sono quelle con le variabili ICS e intervento effettuato. È anche molto interessante, inoltre, quanto emerso dalle correlazioni nelle bambine con ST. Si è rilevata, infatti, una correlazione significativa positiva tra il CGI ed il disegnare un maschio come prima figura. Ciò potrebbe indicare che bambine con ICS e bambine che hanno effettuato l'intervento chirurgico di correzione dei genitali che disegnano una prima figura maschile, anziché femminile, al test della figura umana, potrebbero presentare problematiche nell'identità di genere. Poiché l'intervento chirurgico è stato effettuato, nel gruppo di questa ricerca, quasi sempre (ad eccezione di un'unica bambina con ST) nelle bambine con ICS, si può ipotizzare che le bambine con ICS, che hanno subito un intervento chirurgico ai genitali, che nel test della figura umana disegnano un maschio come prima figura, possano avere maggiori probabilità di manifestare problematiche nell'identità di genere.

È interessante rilevare che tale significatività di correlazione non è, invece, presente nelle bambine con ST nelle quali, invece, si rileva un altro dato estremamente significativo: la presenza di una correlazione positiva elevata e significativa tra il riferimento a maternità e gravidanza e l'evidenziare aspetti

della femminilità, come ad indicare che la maternità (ricordiamo che tutte le bambine con ST sono sterili) è indice di femminilità. Tale dato concorda con quanto rilevato anche dall'analisi clinico-descrittiva.

Una quarta correlazione è stata effettuata tra il Gender Identity Interview for Children e gli indici ricavati dal racconto libero della storia.

Dall'analisi di tutte le correlazioni effettuate si evince un dato interessante: una significativa correlazione positiva nelle bambine con ICS tra il CGI ed il riferimento a pericoli e imprevisti, significatività non presente nelle ST. Ciò potrebbe indicare che bambine con ICS con eventuali problematiche nell'identità di genere temano di più pericoli o imprevisti rispetto alle bambine con ST. Indubbiamente riflettendo sulla storia clinica delle ICS, l'ambiguità genitale, presente nella maggior parte di esse, potrebbe rappresentare un imprevisto al quale dover far fronte crescendo e ciò potrebbe essere correlato a problematiche nell'identità di genere.

Un altro dato interessante è il valore significativo dell'incrocio tra gli indici *riferimento a inganni e segreti* ed *angosce mortifere/depressive* in bambine alle cui madri la diagnosi è stata comunicata prima dei 3 anni. Ciò potrebbe indicare che il peso del segreto/inganno mantenuto più a lungo dalla madre abbia influito maggiormente sul vissuto della bambina determinando in lei la presenza di angosce mortifere/depressive? O forse tale significatività potrebbe essere espressione di angosce mortifere e depressive con cui le madri sono costrette a fare i conti dal momento della comunicazione della diagnosi? Forse tale dato dovrebbe essere tenuto a mente dal clinico ed esplorato meglio attraverso i colloqui.

Una quinta, ed ultima, correlazione è stata effettuata incrociando il Gender Identity Interview for Children con i valori di alcuni test somministrati ai genitori, in particolare, il Parent-report gender identity questionnaire, il parenting stress index (suddiviso nelle sue scale stress totale, PD, P-CDI, DC, DIF) ed il

PGWBI (suddiviso nelle sue sottoscale). Tale correlazione ha lo scopo di individuare elementi di stress nelle madri causati da eventuali problematiche di genere nelle proprie figlie.

Come prima cosa è interessante rilevare che tutti i valori dello stress nelle madri sono elevati e significativi, ma in particolare quasi tutte le madri considerano inconsapevolmente il loro stress causato dalla gestione difficile della propria figlia.

Dati interessanti si sono osservati nel gruppo totale, nel gruppo con ICS e nel gruppo con diagnosi dopo i 3 anni.

Nell'analisi dei dati del gruppo totale interessante è la correlazione tra il PGQ e lo stress DC (=bambino difficile) e tra il PGQ e la DIF (=difesa). Entrambi i valori sono positivi e ciò potrebbe significare che la preoccupazione materna riguardo all'identità di genere della figlia va di pari passo con lo stress per la gestione di una figlia considerata difficile e che le madri che hanno più preoccupazioni per l'identità di genere delle figlie sono anche più difese nell'effettuare un questionario sullo stress. Tale dato, riflettendo sull'analisi clinica effettuata su ogni singolo strumento, potrebbe avvalorare l'ipotesi che i questionari delle madri sullo stress, analizzati con più cautela a causa di valori che indicherebbero la presenza di risposte difensive, andrebbero nella direzione di una massiccia difesa messa in atto dalla madre a causa delle difficoltà nella gestione della figlia.

Dall'analisi del gruppo con ICS si osserva che le madri di bambine ICS, rispetto alle madri di bambine con ST, hanno maggiori preoccupazioni per l'identità di genere delle loro figlie e sono anche più stressate nel gestire la figlia che considerano difficile.

Nella correlazione, infine, del gruppo relativo alla comunicazione della diagnosi dopo i 3 anni, si rileva che le madri presentano un distress genitoriale significativo, maggiore di quello riscontrato nelle madri che hanno avuto una diagnosi prima dei 3 anni della bambina. Ci si chiede se ciò possa dipendere

dall'aver avuto meno tempo per poter elaborare la diagnosi e, quindi, che tali madri possano essere più stressate per questo motivo.

Da questa correlazione si evince, inoltre, che queste madri non sono più stressate a causa di preoccupazioni relative all'identità di genere della propria figlia, ma rispetto ai tempi di comunicazione della diagnosi e, quindi, a causa della malattia e della gestione di una bambina con una malattia cronica.



## **Discussione e conclusioni**

Questa tesi è nata da alcune riflessioni sorte sull'attività clinica svolta con pazienti (bambini e adolescenti) con DSD e loro genitori. Circa 5 anni fa, è stata, infatti, attivata una collaborazione tra l'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" diretta dal Prof. P. Valerio ed il Settore di Endocrinologia Pediatrica della medesima Università diretto dalla Prof.ssa M. Salerno.

Il gruppo di lavoro costituito ha affiancato i pediatri nella "cura" di bambini e adolescenti con DSD e loro famiglie, attraverso il sostegno psicologico, cercando di individuare modalità *ad hoc* di presa in carico di bambini con tali condizioni e loro familiari.

Dall'attenta lettura di parte della letteratura esistente sui DSD, si è rimasti estremamente colpiti da un dato relativo all'insoddisfazione rispetto al proprio genere molto più frequente in questi bambini che nella popolazione generale (Consensus, 2006). Tale dato ci ha portato a riflettere su quali possano essere i fattori che influiscono sullo strutturarsi di problematiche relative al genere in questi bambini, visto e considerato che un orientamento omosessuale o il desiderio di un cambiamento di sesso non sono indicatori di una scorretta assegnazione del sesso alla nascita (Consensus, 2006).

Partendo, quindi, dall'ipotesi, come sostenuto dalla letteratura, che avremmo rilevato la presenza di problematiche nell'identità di genere in bambini con DSD, ci saremmo anche aspettati un'evidenza clinica e statistica in bambine pre-adolescenti con ICS e con ST. Considerando, inoltre, la stretta interrelazione tra la rappresentazione di genere che la madre ha del proprio bambino e la strutturazione dell'identità di genere del soggetto in età evolutiva (Andreassi S. et al. In Carbone Tirelli, 2006), ci saremmo anche aspettati che all'evidenza di preoccupazioni materne riguardo all'area del genere delle proprie figlie, corrispondessero problematiche di genere nelle bambine.

Obiettivo primario del lavoro di ricerca di questa tesi di dottorato è stato, dunque, indagare le rappresentazioni di genere nelle piccole pazienti nel delicato momento di accesso al pubertario e se vi è una correlazione tra le rappresentazioni-preoccupazioni materne riguardo al genere della figlia e l'identità di genere della bambina. In quest'ultimo caso si è voluto esplorare se tale correlazione potesse dipendere, in particolare, dalla sindrome della bambina (ICS o Turner), dai tempi di comunicazione della diagnosi ai genitori (se è stata effettuata prima o dopo i 3 anni della bambina, periodo in cui alcuni autori psicoanalitici (Stoller, 1968) collocano la strutturazione dell'identità di genere dell'individuo) o dall'aver effettuato o no interventi chirurgici ai genitali. I risultati emersi dovrebbero suggerire alcuni indici particolarmente significativi, rispetto al genere, in bambine con DSD, per migliorare il sostegno psicologico-clinico a queste famiglie. Quanto emerso da questa ricerca consentirà, infatti, di riflettere sul tipo di assistenza di cui necessitano queste bambine con le loro madri e rappresenterà la base per successivi studi longitudinali e per studi con le altre sindromi DSD che potranno poi essere utili per tutte le famiglie di bambine con DSD.

Come sostenuto in letteratura (Consensus, 2006) i bambini con DSD incorrono più facilmente in problematiche nell'area dell'identità di genere, rispetto alla popolazione generale; è importante, tuttavia, sottolineare che è necessaria una differenziazione tra le varie sindromi, cosa che attualmente ancora non è stata effettuata dalla letteratura.

Ci aspetteremmo, ad esempio, che bambine con ICS, che presentano evidenti ambiguità genitali, e bambine con sindrome di Morris, che si presentano fenotipicamente come femmine, ma che hanno internamente gonadi e cariotipo maschili, incorrano più facilmente in queste problematiche rispetto a bambine con ST e a bambini con Sindrome di Klinefelter.

Si è scelto, dunque, per questo studio, di analizzare un gruppo di soggetti con ICS che, secondo l'ipotesi da cui siamo partiti, sarebbe dovuto incorrere più

facilmente in problematiche relative all'identità di genere e un gruppo di soggetti con ST che, invece, non sarebbe dovuto incorrere in queste problematiche. In prospettive future, si spera che questa ricerca possa essere estesa anche alle altre sindromi. Stabilite le sindromi da esaminare, il gruppo, costituito da 10 bambine con ICS e loro madri e 10 bambine con ST e loro madri è stato estratto a sorte tra tutte le bambine di età compresa tra 9 e 12 anni, afferenti al Settore di endocrinologia pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", per una diagnosi di ICS o ST.

Al gruppo di soggetti reclutato e alle loro madri, è stata somministrata una specifica batteria di test che ha principalmente mirato ad indagare alcuni aspetti legati al genere, oggetto di studio di questa ricerca.

Lo studio effettuato conferma, da una parte, quanto ci saremmo aspettati e cioè che un discreto numero di bambine con ICS presenta problematiche nell'area dell'identità di genere. Dall'analisi clinico-descrittiva del Gender Identity Interview for Children (CGI) si rileva, infatti, che 3 bambine su 10 hanno raggiunto un cut-off significativo per problematiche nell'identità di genere. Tale dato si osserva anche nell'analisi del test della figura umana in cui si rileva che 4 bambine su 10 hanno disegnato un maschio come prima figura e quest'ultimo dato è anche confermato dall'analisi statistica in cui si osserva una correlazione, positiva e significativa, tra problematiche nell'identità di genere ed il disegnare un maschio come prima figura. È interessante rilevare che le bambine che presentano problematiche nell'identità di genere sono anche quelle che hanno subito un intervento chirurgico di correzione dei genitali alla nascita a causa di un'evidente ambiguità genitale. Si può ipotizzare, quindi, che le bambine con ICS, che hanno subito un intervento chirurgico ai genitali per correggere un'ambiguità genitale, che al test della figura umana rappresentano un maschio come primo disegno, possano avere maggiori probabilità di manifestare problematiche nell'identità di genere.

Queste problematiche non sono state riscontrate in bambine con ST, ma l'analisi degli strumenti somministrati ha sollevato, al contempo, un'importante

questione “di genere”: la sovrapposizione tra femminilità e maternità, un aspetto significativo dal momento che, come probabile conseguenza della relazione sul piano interpersonale e intersichico tra madre e figlia, può influenzare lo strutturarsi dell’identità di genere femminile. Diversi dati, infatti, sembrano andare in questa direzione, non solo attraverso l’analisi clinico-descrittiva di alcuni strumenti, ma anche attraverso l’analisi statistica. In particolare, tale dato si evince dall’analisi del Gender Identity Interview for Children (CGI) in cui si rileva che 5 bambine su 10 con diagnosi di ST hanno fatto riferimento alla maternità nelle loro risposte (nessuna bambina con ICS ha fatto riferimento a ciò), rispondendo, ad esempio, alle domande “C’è qualcosa di bello nell’essere una femmina?” o “pensi che sia meglio essere maschio o femmina?”, che “è meglio essere femmina perché si può essere mamme”. Si può rilevare, inoltre, dall’analisi contenutistica delle storie raccontate e da alcuni disegni della figura umana in cui sono state rappresentate madri incinte come prima figura, quale probabile espressione del *sé ideale*. È da ricordare, che tutte le bambine con sindrome di Turner sono sterili, sebbene all’età in cui sono stati somministrati questi strumenti, non sia stata ancora comunicata loro la diagnosi. Dal punto di vista statistico tale dato si è riscontrato anche attraverso la correlazione tra il CGI e gli indici ricavati dal test della figura umana in cui si è rilevata la presenza di una correlazione positiva, elevata e significativa, tra il riferimento a maternità e gravidanza e l’evidenziare aspetti della femminilità, come ad indicare che la maternità è indice di femminilità.

Questo dato, estremamente interessante, dovrebbe essere tenuto in considerazione in previsione di una diversa modalità di comunicazione della diagnosi a queste bambine che, tenendo conto di questa evidente sovrapposizione (essere donna=essere madre), miri a lavorare su questa convinzione.

Un altro dato interessante emerso da questo studio, attraverso numerosi strumenti, è stato il frequente riferimento ad angosce mortifere/spunti depressivi. Si può pensare che le angosce mortifere e gli spunti depressivi siano

presenti in queste bambine a causa della malattia che le costringe, per alcune fin dalla nascita, ad assumere una terapia farmacologica e a recarsi a Pediatria semestralmente per il rinnovo della cura. Queste bambine ancora non hanno avuto una comunicazione della diagnosi, ma crescendo si rendono conto di alcune diversità rispetto alle loro coetanee: le pillole, le siringhe, le visite in Day hospital e le continue “bugie” ai compagni di classe per giustificare le assenze a scuola a causa del controllo semestrale in Day Hospital. Si ipotizza, quindi, che tali diversità possano influire sull’insorgere di angosce mortifere che sono probabilmente anche maggiori di quelle di bambine alle quali è già stata comunicata la diagnosi. Queste bambine, infatti, nei contenuti dei loro racconti mostrano frequentemente riferimenti al segreto e all’inganno. Si presume, quindi, che le angosce mortifere siano amplificate a causa del timore di un segreto inconfessabile ed innominabile. Ed è stato proprio il tema del segreto e la difficoltà della bambina a nominare il proprio problema, che ci ha spinti ad aggiungere, alla batteria somministrata, anche un disegno che rappresentasse il motivo della loro presenza nel contesto ospedaliero, con l’intenzione, non soltanto di osservare la presenza di elementi rappresentanti la malattia così da iniziare a nominare il problema, ma anche di utilizzarlo quale veicolo di comunicazione ed elaborazione degli aspetti connessi all’età e alla malattia come parte di un lavoro psicologico-clinico.

Dall’analisi di questi disegni si è osservata una differenza tra le bambine più piccole (9 anni) e quelle più grandi (12 anni), differenza che negli altri strumenti somministrati non è mai stata così eclatante: le bambine più piccole, infatti, tendono a mettere in atto una denegazione della malattia, cosa che, invece, non viene fatta dalle bambine più grandi che riescono a rappresentare quello che, in quel momento, rappresenta il loro problema. I disegni delle bambine potranno, quindi, essere utilizzati per iniziare a dare un nome a questi segreti, auspicando che un intervento clinico possa aiutare bambine e madri ad affrontare nel migliore dei modi la tanto temuta diagnosi. Il tema del segreto e la difficoltà a nominare il problema è, infatti, connesso alla paura e alle preoccupazioni

materne relative, non solo all'identità di genere della figlia, ma anche alla comunicazione della diagnosi alle bambine.

Rispetto alle preoccupazioni materne, dall'analisi degli strumenti somministrati, si rileva, come evidenziato dal Parent-Report Gender Identity Questionnaire (PGQ), che 6 madri su 20 presentano preoccupazioni riguardo al genere delle figlie; è interessante osservare che solo in 1 caso ci troviamo di fronte alla madre di una bambina con ST che, sebbene non abbia raggiunto un cut-off significativo nel CGI, ha disegnato come prima figura un maschio e ha mostrato una forte angoscia di castrazione/invidia del pene nelle favole della Düss (favola dell'elefante). Questo dato potrebbe indicare che, indipendentemente dal fatto che questa bambina non abbia raggiunto un cut-off significativo per problematiche nell'identità di genere nel CGI, evidentemente ci possano ugualmente essere preoccupazioni della bambina per il suo genere e queste dovrebbero essere indagate meglio attraverso la clinica.

Si rileva che, quindi, la metà delle madri di bambine con ICS mostra preoccupazioni per l'identità di genere della propria figlia e sono tutte madri di bambine che hanno subito l'intervento chirurgico ai genitali. Un dato però significativo è che di queste 5 madri solo 2 coppie madre-figlia presentano una correlazione significativa rispetto alla problematica di genere. Questo aspetto sembra coincidere con quanto rilevato nell'analisi dei dati che ha riscontrato che risultati clinicamente significativi nelle madri non indicano che le bambine abbiano reali problematiche nell'identità di genere e, quindi, si può pensare che la rappresentazione di genere della madre non sempre inficia la strutturazione di genere della figlia o, almeno, questo è quanto sembra essere emerso attraverso l'analisi delle variabili considerate. Poiché questo dato potrebbe far a lungo riflettere, si può pensare che altre variabili, non considerate in questo studio, possano aver influito in questi risultati.

Si è rilevato, inoltre, che tutte le madri, in varia misura, sembrano essere molto stressate e, in particolare, si rileva che tale stress, più che essere associato alla preoccupazione per l'identità di genere della bambina, sembra essere correlato al

futuro della propria figlia, alla relazione con una bambina considerata “più difficile” e alla complessa gestione della cronicità della malattia.

I risultati a cui si è giunti in questa ricerca vanno, tuttavia, considerati con cautela data la ridotta dimensione del gruppo di soggetti analizzati, ma considerato che stiamo parlando di una malattia di rara e che i numeri non saranno mai elevatissimi, tali dati possono rappresentare un valido punto di partenza per future analisi, non solo con gruppi più numerosi, ma anche per studi longitudinali. È da specificare, inoltre, che i risultati presentati per questo studio si riferiscono esclusivamente all’analisi descrittiva e statistica degli strumenti somministrati che, da soli, ci consentono di ottenere dei dati che attengono ad un livello superficiale, i risultati, quindi, andrebbero ulteriormente indagati e integrati con la clinica che può realmente esplorare il mondo interno. Tali dati potranno, quindi, al momento essere utilizzati per migliorare il sostegno psicologico-clinico alle madri e alle bambine intervistate proponendo un sostegno psicologico *ad hoc*, non solo in tutti i casi in cui si sono evidenziate apertamente problematiche di genere, ma anche nei casi di preoccupazioni rispetto alla malattia e in tutti i casi in cui i dati statistici hanno sollevato degli interrogativi a cui ancora non è stata data risposta.

## **APPENDICE 1**

### **Gender Identity Interview for children (versione femminile)**

1. Sei un bambino o una bambina?
2. Sei un/una... (opposto alla precedente risposta)?
3. Quando crescerai, sarai una mamma o un papà?
4. E' possibile che crescendo tu divenga...(opposto della risposta precedente)?
5. C'è qualcosa di bello nell'essere una femmina? SI .... NO .... Se SI, chiedere: Dimmi alcune cose belle dell'essere una femmina. (Insistere fino ad un massimo di tre risposte)
6. Ci sono delle cose che non ti piacciono dell'essere una femmina? SI ... NO ... Se ce ne sono, chiedere: Dimmi alcune cose che non ti piacciono dell'essere femmina (Insistere fino ad un massimo di 3 risposte)
7. Pensi che sia meglio essere una bambina o un bambino? Perché? (Insistere fino ad un massimo di 3 risposte)
8. Non ti è mai passato per la testa che ti piacerebbe essere un bambino? Se la risposta è sì, mi potresti dire perché? (Insistere fino ad un massimo di tre risposte)
9. Ti sei mai trovata con la mente confusa e non sapere se sei una bambina o un bambino? Se sì, chiedere: Parlami un po' di questo.( Insistere fino ad un massimo di tre risposte)
10. Ti senti mai più come un bambino che come una bambina? Se sì, chiedere: parlami un po' di questo
11. Sai cosa sono i sogni, vero? Bene, allora quando la notte tu sogni, compari mai in questi sogni? Se SI, chiedere: Nei tuoi sogni, sei una bambina, un bambino o talvolta un bambino e talvolta una bambina? (Approfondire il contenuto dei sogni)
12. Pensi mai di essere veramente un bambino? Se SI, chiedere: Parlami un po' di questo. (Insistere finché non si è soddisfatti.)



13. Quando eri nella pancia di mamma, pensi che lei avrebbe voluto di più un bambino o una bambina?

14. e papa?

Da: Zucker, K. J., Bradley, S. J., Lowry Sullivan, C. B., Kuskis, M., Birkenfeld-Adams, A. e Mitchell, J. N. (1993). A gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment* , 61, p. 448. (Trad. autorizzata in Dèttore, 2001)

## APPENDICE 2

### Favole della Düss (Nunziante Casaro, 2003)

- 1) **La storia dell'uccellino** (per esplorare l'attaccamento del bambino ad uno dei genitori oppure la sua indipendenza). Un padre ed una madre uccellini ed il loro figlio uccellino dormono nel nido, su un ramo di un albero. Ad un tratto viene un grande vento, stronca l'albero ed il nido cade per terra. I tre uccellini si svegliano improvvisamente: il papà vola veloce su un albero, la mamma vola su un altro albero, l'uccellino piccolo che cosa farà? Egli sa già un po' volare.
- 2) **La storia dell'anniversario di matrimonio** (per esplorare se il bambino ha subito uno shock nella camera dei genitori/gelosia dell'unione dei genitori). È la festa dell'anniversario di matrimonio del papà e della mamma. Essi si vogliono molto bene ed hanno dato una bella festa. Durante la festa, il bambino si alza e se ne va tutto solo in fondo al giardino. Per quale ragione?
- 3) **La storia dell'agnello** (per indagare sul complesso di svezzamento e su quello di Caino). In un prato sono la mamma pecora e il suo figlio agnellino. L'agnellino sgambetta tutto il giorno accanto alla madre. Tutte le sere la mamma gli dà un buon latte caldo che gli piace tanto, ma quest'agnellino mangia già anche l'erba. Un giorno portano alla mamma pecora un piccolissimo agnello che ha fame, affinché essa gli dia del latte. La mamma pecora, però, non ha abbastanza latte per tutti e due, allora propone al figlio: "Non ho abbastanza latte da dare a tutti e due, tu vai a mangiare l'erba fresca". Che cosa farà allora l'agnello?
- 4) **Il funerale** (per indagare l'aggressività, il desiderio di morte, il senso di colpa, l'auto-punizione). Un funerale passa per la strada di un paese e le persone domandano: "Chi è morto?" Viene risposto: "Una persona che abitava in quella casa là". Chi sarà?

- 5) **La storia di paura** (per indagare sull'angoscia e sull'auto-punizione). C'è un bambino che dice piano piano: "Che paura che ho!" Di che cosa ha paura quel bambino?
- 6) **La storia dell'elefante** (per esplorare il complesso di castrazione/indiv. del pene). Un bambino possiede un piccolo elefante che gli piace tanto e che è tanto grazioso con la sua lunga proboscide. Un giorno, tornando a casa, il bambino entra nella sua stanza e trova che l'elefante è cambiato in qualcosa. Che cosa è cambiato in lui? E perché è cambiato?
- 7) **La storia dell'oggetto costruito** (per indagare sul carattere possessivo e ostinato: complesso anale). Un bambino è riuscito a costruire qualcosa con la terra che gli piace moltissimo. Che cosa ne farà? La sua mamma gliela chiede in dono ed egli è libero di scegliere. Gliela darà?
- 8) **La passeggiata con il padre o con la madre** (per mettere in evidenza il complesso di Edipo). Un bambino (o una bambina) va a fare una bella passeggiata nel bosco con la mamma (o con il papà). Tutti e due sono tanto contenti. Quando il bambino torna a casa trova il padre (o la madre) con un'espressione diversa dal solito. Per quale ragione?
- 9) **La storia della notizia** (per conoscere i desideri e i timori del bambino). Un bambino torna da scuola e la mamma gli dice: "Non cominciare subito i compiti, perché devo darti una notizia". Che cosa avrà da dirgli la madre?
- 10) **Il brutto sogno** (per il controllo delle favole precedenti). Un bambino svegliandosi al mattino tutto agitato, dice: "Che brutto sogno che ho fatto". Che cosa avrà sognato?

### **APPENDICE 3**

#### **Parent-Report Gender Identity Questionnaire for children (Johnson, 2004)**

1. I suoi compagni di giochi preferiti sono:
  - a) sempre le bambine/ragazzine
  - b) solitamente le bambine/ragazzine
  - c) ugualmente bambine e bambini
  - d) solitamente i bambini/ragazzini
  - e) sempre i bambini/ragazzini
  - f) non gioca con gli altri bambini o bambine
  
2. Gioca con bambole di foggia femminile stile Barbie, Bratz (e quant'altro, non bambolotti):
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
  
3. Gioca con bambole di foggia maschile stile Ken, Big Gym (e quant'altro, non bambolotti):
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
  
4. Gioca con i trucchi o indossa gioielli:
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
  
5. Imita personaggi femminili visti in tv o al cinema:
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
  
6. Imita personaggi maschili visti in tv o al cinema:
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
  
7. Pratica sport esclusivamente con altre bambine/ragazzine:
  - a) come gioco preferito; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai

8. Pratica sport esclusivamente con bambini/ragazzini:
- a) come attività preferita b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
9. Nel giocare alla famiglia, ad accudire un bambolotto o alla scuola, interpreta il ruolo:
- a) sempre di una ragazza o di una donna (ad es. gioca a fare la mamma, l'insegnante di sesso femminile, o interpreta altri personaggi femminili)
  - b) di solito di una ragazza o di una donna
  - c) alle volte di una ragazza o donna e altre volte di un ragazzo o uomo
  - d) solitamente di un ragazzo o di un uomo (ad es. gioca a fare il papà, l'insegnante di sesso maschile, o interpreta altri personaggi maschili)
  - e) sempre di un ragazzo o uomo
  - f) non fa questi giochi
10. Usa giochi che definirebbe tipicamente femminili (se paragonati a giochi di tipo più maschile):
- a) come attività preferita b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
11. Usa giochi che definirebbe tipicamente maschili (se paragonati a giochi di tipo più femminile):
- a) come attività preferita b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e) mai
12. Nei giochi in cui indossa abiti, si maschera o si traveste, le piace vestire:
- a) sempre come una ragazza o una donna
  - b) di solito come una ragazza o una donna
  - c) alle volte come una ragazza o donna, altre volte come un ragazzo o uomo
  - d) solitamente come un ragazzo o un uomo
  - e) sempre come un ragazzo o un uomo
  - f) non fa questi giochi

13. Manifesta il desiderio d'essere come un ragazzo o come un uomo:  
a) ogni giorno; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e)mai
14. Manifesta il desiderio d'essere una ragazza o una donna:  
a) ogni giorno; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e)mai
15. Parla del fatto che non le piacciono alcune parti del suo corpo, con specifico riferimento alle zone anatomiche sessuali:  
a) ogni giorno; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e)mai
16. Parla del fatto che le piacciono alcune parti del suo corpo, con specifico riferimento alle zone anatomiche sessuali:  
a) ogni giorno; b) di frequente; c) ogni tanto; d) raramente; e)mai

## **APPENDICE 4**

### **Psychological General Well Being Index (Grossi et al., 2002)**

#### **1. Nelle ultime 4 settimane, come si è sentito in generale?**

- Di umore eccellente
- Di buon umore
- Di buon umore la maggior parte del tempo
- Con molti alti e bassi di umore
- Giù di morale per la maggior parte del tempo
- Con il morale a terra

#### **2. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da malattie, disturbi fisici o dolori?**

- Tutti i giorni
- Quasi tutti i giorni
- Per circa metà del tempo
- Più volte, ma per meno di metà del tempo
- Raramente
- Mai

#### **3. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito depresso?**

- Sì, al punto di pensare di farla finita
- Sì, al punto che non mi importava più di nulla
- Sì, mi sono sentito molto depresso quasi tutti i giorni
- Sì, mi sono sentito piuttosto depresso parecchie volte
- Sì, mi sono sentito un po' depresso qualche volta
- No, non mi sono mai sentito depresso

#### **4. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito padrone delle Sue situazioni, pensieri, emozioni e dei Suoi sentimenti?**

- Sì, senz'altro
- Sì, quasi del tutto

- Sì, generalmente
- Non troppo
- No, e questo mi disturba un po’
- No, e questo mi disturba molto

**5. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle?**

- Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare
- Moltissimo
- Parecchio
- Abbastanza, tanto da esserne infastidito
- Un po’
- Per nulla

**6. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere?**

- Decisamente pieno di energia – molto vivace
- Abbastanza pieno di energia per la maggior parte del tempo
- Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia
- Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso
- Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso
- Mi sono sentito senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità

**7. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito scoraggiato e triste.**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**8. Nelle ultime 4 settimane, è stato generalmente teso o ha provato tensione?**



- Sì, sono stato estremamente teso per tutto o quasi tutto il tempo
- Sì, sono stato molto teso per la maggior parte del tempo
- Generalmente no, ma mi è successo diverse volte di sentirmi piuttosto teso
- Alcune volte mi sono sentito un po' teso
- Il mio livello di tensione è stato piuttosto basso
- Non ho mai avuto la sensazione di essere teso

**9. Nelle ultime 4 settimane, in che misura si è sentito felice, soddisfatto o contento della sua vita personale?**

- Veramente molto felice – non mi sarei potuto sentire più soddisfatto o contento
- Quasi sempre molto felice
- In generale molto soddisfatto – contento
- A volte abbastanza felice, a volte piuttosto infelice
- In generale insoddisfatto o infelice
- Quasi sempre o sempre molto insoddisfatto o infelice

**10. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito così bene da fare quello che desiderava o doveva fare?**

- Sì, decisamente
- Sì, per fare quasi tutto quello che desideravo o dovevo fare
- I miei problemi di salute mi hanno limitato in alcune cose importanti
- A causa della mia salute sono appena in grado di prendermi cura di me stesso
- Ho avuto bisogno di qualche aiuto per occuparmi di me stesso
- Ho avuto bisogno di aiuto per tutto o quasi tutto quello che dovevo fare

**11. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito tanto triste, scoraggiato, disperato o ha avuto tanti problemi da chiedersi se valesse la pena di andare avanti?**

- Sì, enormemente, tanto da essere quasi sul punto di lasciare perdere tutto
- Sì, moltissimo
- Sì, parecchio

- Sì, abbastanza, tanto da turbarmi
- Un po'
- Per nulla

**12. Nelle ultime 4 settimane, mi sono svegliato fresco e riposato**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**13. Nelle ultime 4 settimane, ha provato apprensione, preoccupazione o paura per la sua salute?**

- Enormemente
- Moltissimo
- Parecchio
- Un po', ma non tanto
- Quasi mai
- Per nulla

**14. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto qualche motivo per domandarsi se stesse perdendo la ragione o se stesse perdendo il controllo della memoria, dal modo in cui agisce, parla, pensa o sente?**

- No, per niente
- Solo un po'
- Qualche motivo, ma non sufficiente a causarmi apprensione o preoccupazione
- Qualche motivo, tanto da causarmi un po' di preoccupazione
- Qualche motivo, tanto da causarmi molta preoccupazione
- Sì, molti motivi e sono molto preoccupato

**15. Nelle ultime 4 settimane, la mia vita quotidiana è stata interessante per me**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**16. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito attivo, in forze o lento, pigro?**

- Sempre molto attivo e in forze
- Quasi sempre attivo e in forze – mai veramente lento e pigro
- Abbastanza attivo e in forze – raramente lento e pigro
- Abbastanza lento e pigro - raramente attivo e in forze
- Quasi sempre lento e pigro - mai veramente attivo e in forze
- Sempre molto lento e pigro

**17. Nelle ultime 4 settimane, è stato in ansia, preoccupato o arrabbiato?**

- Enormemente, tanto da sentirmi male o quasi
- Moltissimo
- Parecchio
- Abbastanza, tanto da turbarmi
- Un po'
- Per nulla

**18. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito emotivamente stabile e sicuro di me stesso**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**19. Nelle ultime 4 settimane, si è sentito rilassato, tranquillo oppure si è sentito molto teso, nervoso o agitato?**

- Sempre rilassato e tranquillo
- Quasi sempre rilassato e tranquillo
- Generalmente rilassato e tranquillo, ma qualche volta abbastanza teso
- Quasi sempre molto teso, nervoso o agitato
- Sempre molto teso, nervoso o agitato

**20. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito allegro e sereno**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**21. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito stanco, esaurito, logorato o sfinito**

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

**22. Nelle ultime 4 settimane, è stato o si è sentito sottoposto a stress o pressioni?**

- Sì, quasi più di quanto potessi sopportare o reggere
- Sì, molto
- Sì abbastanza – più del solito
- Sì, abbastanza – ma quasi come al solito
- Sì, un po'
- Per nulla

## **APPENDICE 5**

### **Parenting Stress Index** (Guarino et al. 2008)

1. Spesso ho la sensazione di non riuscire a far fronte molto bene alle situazioni
2. Per venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi
3. Mi sento intrappolato/a dalle mie responsabilità di genitore
4. Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove e diverse
5. Da quando ho avuto questo/a figlio/a mi rendo conto che quasi mai riesco a fare le cose che mi piacciono
6. Non sono soddisfatto/a dell'ultimo acquisto di abbigliamento che ho fatto per me
7. Ci sono un bel po' di cose della mia vita che mi turbano
8. Aver avuto un figlio/a ha causato, nel rapporto con mio/a marito/moglie (o con il partner), più problemi di quanto mi aspettassi
9. Mi sento solo/a e senza amici
10. Quando vado ad una festa di solito mi aspetto di non divertirmi
11. Non sono così interessato/a alla gente come lo ero una volta
12. non mi diverto più come una volta
13. Mio/a figlio/a raramente fa per me cose che mi gratificano
14. A volte sento di non piacere a mio/a figlio/a e che lui/lei non vuole stare vicino a me
15. Mio/a figlio/a mi sorride molto meno di quanto mi aspettassi
16. quando faccio le cose per mio/a figlio/a ho la sensazione che i miei sforzi non siano molto apprezzati
17. Quando mio/a figlio/a gioca non ride né mostra di divertirsi spesso
18. Mio/a figlio/a non sembra imparare così velocemente come la maggioranza dei bambini
19. Mio/a figlio/a non sorride tanto quanto la maggioranza dei bambini
20. Mio/a figlio/a non riesce a fare tanto quanto mi aspettavo

21. Ci vuole molto tempo ed è molto difficile per mio/a figlio/a abituarsi alle novità
22. Sento di essere:
- a) non molto bravo/a come genitore
  - b) una persona che ha qualche problema ad essere genitore
  - c) un genitore medio
  - d) un genitore al di sopra della media
  - e) un genitore molto bravo
23. Mi aspettavo di provare per mio/a figlio/a sentimenti di maggior calore e vicinanza di quelli che provo e questo mi dispiace
24. Talvolta mio/a figlio/a fa cose che mi disturbano, solo per farmi dispetto
25. Mio/a figlio/a sembra che pianga o si agiti molto più della maggioranza dei bambini
26. Mio/a figlio/a di solito si sveglia di cattivo umore
27. Ritengo che mio/a figlio/a sia facilmente irritabile e di umore variabile
28. Mio/a figlio/a fa alcune cose che mi infastidiscono molto
29. Mio/a figlio/a reagisce duramente quando succede qualcosa che non gli/le piace
30. Mio/a figlio/a rimane facilmente male per le più piccole cose
31. I ritmi del sonno e dell'alimentazione di mio/a figlio/a sono stati molto più difficili da regolare di quanto mi aspettassi
32. Mi sono reso/a conto che convincere mio/a figlio/a a fare qualcosa o a smettere di fare qualcosa è:
- a) molto più difficile di quanto mi aspettassi
  - b) un po' più difficile di quanto mi aspettassi
  - c) all'incirca difficile come mi aspettavo
  - d) un po' più facile di quanto mi aspettassi
  - e) molto più facile di quanto mi aspettassi
33. Pensi con attenzione e conti il numero di cose che suo/a figlio/a fa e che la infastidiscono

a) +10

b) 8-9

c) 6-7

d) 4-5

e) 1-3

34. Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto

35. Mio/a figlio/a si è dimostrato un problema più grande di quanto mi aspettassi

36. Mio/a figlio/a mi chiede di più della maggior parte dei bambini

Risposte: FA A I D FD<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> FA = forte accordo; A = accordo; I = non sicuro; D = disaccordo; FD = forte disaccordo

## **Bibliografia**

A.Fa.D.O.C. *La sindrome di Turner*. Guida pratica per la famiglia.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Andreassi, S., Ortu, F., & Speranza, A. M. (2006). *La rappresentazione dell'adolescente nella mente dei genitori: analisi delle narrative in un campione di genitori*. In L. Carbone Tirelli (Ed.), *Pubertà e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bahlburg, H.F.L. (2005). *Introduction: Gender Dysphoria and Gender Change in Persons with Intersexuality*. *Archives of Sexual Behavior*, vol.34 (4): 371-373.

Bahlburg, H.F.L., et al. (2004). *Prenatal Androgenization Affects Gender-Related Behavior but not Gender Identity in 5-12-Year-Old Girls with Congenital Adrenal Hyperplasia*. *Archives of Sexual Behavior*, vol.33 (2): 97-104.

Berenbaum, S.A. (2003). *Management of Children with Intersex Conditions: Psychological and Methodological Perspectives*. *Growth – Genetics & Hormones*, Vol.19, No.1.

Blackless, M. et al. (2000). *How sexually dimorphic are we? Review and synthesis*. *American Journal of Human Biology*.

Bick, E. (1968). *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*. In V. Bonaminio, & B. Iaccarino (a cura di) (1984). *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.



Blizzard, R.M. (2006). *Intersex Issues: A Series of Continuing Conundrums*. Pediatrics, vol. 110 (3): 616-621.

Borgia, F., Fischetti, C., Barria, M. (1990). *Identità di genere e individuazione psichica. Influenze delle fantasie genitoriali sullo sviluppo del sé di un bambino con una malformazione neonatale dei genitali*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, vol. 57, 150-158.

Breen, D. (a cura di) (2000). *L'enigma dell'identità dei generi*. Roma: Borla.

Brinkmann, L., Schuetzmann, K., Richter-Appelt H. (2007). *Gender Assignment and Medical History of Individuals with Different Forms of Intersexuality: Evaluation of Medical Records and Patients' Perspective*. International Society for Sexual Medicine.

Butler, J. (2006). *La disfatta del genere*. Roma: Meltemi.

Carbone Tirelli, L. (2006) (a cura di). *Pubertà e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Carmichael, P. (2006). Gender identity development in disorders of sex differentiation, implications for gender assignment and re-assignment. Convegno ONIG, Roma, 2006.

Chase, C. (1998). *Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism*. A Journal of Gay and Lesbian Studies.

Coates, S., Cook, C. (2001). *Disturbi dell'identità di genere*. In M. Ammaniti (a cura di). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cohen-Kettenis, P., Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, Sage Publications, California.

Cohen-Kettenis, P.T., (2005). *Gender Change in 46,XY Persons with 5 $\alpha$ -Reductase-2 Deficiency and 17 $\beta$ -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency*. Archives of Sexual Behavior, vol.34 (4), 309-410.

Colapinto, J. (2001) *As Nature Made Him. The Boy Who Was Raised As a Girl*. New York: HarperCollins.

Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) *I Disturbi della Differenziazione Sessuale nei minori: aspetti bioetici*.

*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*. (2006) In *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*.

Conte, F. Grumbach, M.M. (2003). *Diagnosis and management of ambiguous external genitalia*. The Endocrinologist.

Creighton, S., (2001). *Surgery for Intersex*. Journal of the Royal Society of Medicine. vol. 94, 218 – 220.

Creighton, S., Alderson, J., Brown, S., Minto, C.L., (2002). *Medical photography: ethics, consent and the intersex patient*. BJU International N°89, 67-72

Creighton, S.M., (2004). *Long-term outcome of feminization surgery: the London experience*. BJU International N°93 (3), 44-46

Creighton, S.M., Liao, L.-M., (1994). *Changing attitudes to sex assignment in intersex*. BJU International N°93, 659-664.

Denzin, N.K., Lincoln, Y. (2000). *Handbook of qualitative research*, Sage Publication. London.

Dèttore, D. (2001). *Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale*. McGraw-Hill.

Dèttore, D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere*. McGraw-Hill.

Dèttore D., Ristori, J., Casale, S. (2010). *GID and Gender-Variant Children in Italy: A Study in Preschool Children*. Journal of Gay & Lesbian Mental Health.

Diamond, M., Sigmundson, H.K. (1997). Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151, p. 298-304.

Di Ceglie, D., Thümmel Coates E. (2006). *An Experience of Group with Parent of Children and Adolescents with Gender Identity Disorder*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, vol.11(3): 387-396.

Di Ceglie, D. (2003). *Straniero nel mio corpo*. Milano: Franco Angeli.

Di Ciaccia, A. (a cura di) (2005). *Jacques Lacan. I complessi familiari*. Torino: Einaudi.

Drescher, J., (2008). *Dalla Omosessualità e dalla Bisessualità all'Intersessualità: Ripensando alle categorie di genere*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLII, 3: 301-318.

Ferraro, F., Nunziante Cesàro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.

Freud, S. (1905). *I tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere*, vol.11. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In *Opere*, vol 7. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1915). *Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale*. In *Opere*, vol 8. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1923). *L'organizzazione genitale infantile*. In *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1924). *Il Tramonto del Complesso edipico*. In *Opere* vol. 10. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1925). *Alcune conseguenze della differenza anatomica tra i sessi*. In *Opere* vol. 10. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1931). *Sessualità femminile*. In *Opere*, vol 11. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1932). *La femminilità*. In *Opere*, vol 11. Torino: Boringhieri.

Gaddini, E. (1969). *Sulla imitazione*. In *Scritti 1953-1985* (1989). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gaddini E. (1977) *Formazione del padre e scena primaria*. Rivista di Psicoanal., 23:157-183

Guarino A., Di Blasio P., D'Alessio M., Camisasca E., Serantoni G. (a cura di) (2008) Abidin R.R. *PSI Parenting Stress Index*. Giunti O.S.

Grossi E., Mosconi P., Groth N., Niero M., Apolone G. (2002). *Questionario Psychological General Well Being Index. Versione Italiana*. Milano: Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri".

Harper C., (2007). *Intersex*. Berg, Oxford International Publishers Ltd., Oxford.

Heino, F.L., Meyer-Bahlburg' C.D., Baker S.W., Carlson, A.D., & Obeid, J.S., (2004). New Prenatal Androgenization Affects Gender-Related Behavior But Not Gender Identity in 5-12-Year-Old Girls with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Archives of Sexual Behaviour*, 33 (2), pp.97-104.

Holmes, M. (2002). *Rethinking the Meaning and Management of Intersexuality*. *Sexuality*, Vol. 5(2): 159-180.

Hughes I. A., Nihoul-Fékété C., Thomas B., Cohen-Kettenis P.T., (2007). *Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of*

*disorders of sex development*. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, vol. 21, N°3: 351-365.

I. S. C. opuscolo informativo

Klein M. (1928). *I primi stadi del conflitto edipico*. In *Scritti 1921-1958* (1978). Torino: Bollati Boringhieri.

Klein M. (1970). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: G. Martinelli.

Labella, A. (2001). *Il processo diagnostico in Psicologia clinica*. Roma: Società Editrice Universo.

Lancia F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*. Milano: Franco Angeli.

Laufer M.e Laufer M.E. (1986). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Boringhieri.

Laufer M. E. (2000). *Il complesso edipico femminile e la relazione con il corpo*. In Breen D. (2000).

Lee P.A., Houk C. P. (2005). *Normal Male Childhood and Adolescent Sexual Interactions: Implication for Sexual Orientation of the Individual with Intersex*. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 18: 235-240.

Luccio R. (1996). *Tecniche di ricerca e analisi dei dati in psicologia*. Bologna: Il Mulino.

Machover K. (1968), *Il Disegno Della Figura Umana*. Firenze: O. S.

Marzano E. M. *“Che abito indossare?” lo sviluppo dei processi di identificazione alla pubertà.* In Carbone Tirelli, (2006).

Mazur T., (2005). *Gender Dysphoria and Gender Change in Androgen Insensitivity or Micropenis.* Archives of Sexual Behavior, vol.34 (4): 411-421.

Mazur T., Colman M., Sandberg D.E. (2007). *Intersex: Definition, Examples, Gender Stability, and Case Against Merging with Transsexualism.* Principles of Transgender Medicine and Surgery, 235-259

Migeon C.J., et al. (2002). *46,XY Intersex Individuals: Phenotypic and Etiologic Classification, Knowledge of Condition, and Satisfaction with Knowledge in Adulthood.* Pediatrics, vol. 110 (3): 32-39.

Molinari E., (2002). *Clinica psicologica in sindromi rare: aspetti genetici e riabilitativi.* Torino: Bollati Boringhieri.

Nunziante Cesàro, A., Valerio, P. (2006). *Dilemmi dell'identità: chi sono?.* Milano: Franco Angeli.

Nunziante Cesàro A. (a cura di) (2003) Düss L. *Il metodo delle favole in psicoanalisi infantile.* Milano: Franco Angeli.

Nunziante Cesàro A. (1996). *Del genere sessuale.* Napoli: Alfredo Guida Editore.

Nigro G. (2001). *Metodi di ricerca in psicologia.* Carocci

Oliverio Ferraris A.(1995). *Prova con una storia.* Fabbri editore.

Petrelli D. *Padre e figlio: vicissitudini dell'identificazione*. In Carbone Tirelli T.(2006).

Rating B., (2006). *He or she? Trying to think psychodynamically about a service for people with gender dysphoria*. In Hiller J., Wood H., Bolton W., (edited by), *Sex, Mind and Emotion*, Karnac Ltd., London.

Reiner W. (1997) *To be male or female: that is the question*. Arch. Pediatr. Adolescent Med.

Reiner, W.G, Gearhart J.P., (2004). *Discordant Sexual Identity in some Genetic males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth*. New England Journal of Medicine; 350:333-41

Richter-Appelt H., et al., (2007). *Psychological Distress, Self-Harming Behavior, and Suicidal Tendencies in Adult Persons with Disorders of Sex Development*. Archives of Sexual Behavior.

Saviolo Negrin S., Cusinato M., (a cura di), (1998). *Riproduzione a rischio. Aspetti psicologici, sanitari e bioetici in famiglie con disordini genetici*. Torino: Bollati Boringhieri.

Schober J.M. (2004). *Sexual quality of life in an intersexual population: a needs assessment*. BJU International N°93 (3), 54-56.

Schweizer K., et al., (2009). *Gender Identity and Coping in Female 46,XY Adult with Androgen Biosynthesis Deficiency (Intersexuality, DSD)*. Journal of Counseling Psychology, vol.56, N°1: 189-201.

Segal H. (1981). *Melanie Klein*. Torino: Boringhieri.



Simonelli S., Rossi R., Tripodi M.F., De Stasio S., Petruccelli I. (2006). *Gender identity and preadolescence: a pilot study*. Sexology, Volume 16, Issue 1, January-March 2007

Solnit A. J., Stark M. H. *Nascita di un bambino handicappato ed elaborazione del lutto* in Freud A. et al. (1987). *L'aiuto al bambino malato*. Torino: Boringhieri.

Stoller R. J. (1968). *Sex and Gender, the development of masculinity and femininity*. Karnak Books, London, New York; Science House, New York.

Valerio P., Bottone M., Galiani R., Vitelli R., (a cura di) (2001). *Il transessualismo*. Milano: FrancoAngeli.

Vallino D. (1999). *Raccontami una storia*. Borla

Vitelli R. *Transessualismo e identità di genere. L'opera di Robert J. Stoller* in Valerio et al. (2001)

Zucker K., Bradley S., Lowry Sullivan C.B., Kuksis M.A.R., Birkenfeld-Adams A.S., Michell J.M. (1993). *A gender identity interview for children*. Journal of Personality Assessment 61, pp 443-456.

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

Zucker K.J. *Psicopatologia associata nei bambini con disturbo dell'identità di genere*. In Di Ceglie (2003).

Zucker K.J. (2004). *Gender Identity Development and Issues*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.

Johnson L., Bradley S., Birkenfeld-Adams A., Kuksis M., Maing D., Mitchell J., Zucker K. (2004). *A Parent-Report Gender Identity Questionnaire for Children*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 33, N° 2.

Zucker K., (2005). *Measurement of Psychosexual Differentiation*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 34, No. 4, 375-388.

Wallien M., Quilty L., Steensma T., Singh D., Lambert S., Leroux A., Owen-Anderson A., Kibblewhite S., Bradley S., Cohen-Kettenis P., Zucker K. (2009). *Cross-National Replication of the Gender Identity Interview for Children*. Journal of Personality Assessment

Williams N., (2002). *The Imposition of Gender: Psychoanalytic Encounters with Genital Atypicality*. Bodies Like Ours, [Psychoanalytic Psychology, Vol. 19, No.3: 455-474].

Winnicott D. W. (1966) *Sugli elementi maschili e femminili scissi*. In Winnicott D. W (1995) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Winnicott D.W. (1995) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Woodhouse C.R.J., (2004). *Intersex surgery in the adult*, BJU International N°93 (3), 57-65.