

**Soggetti affetti da disforia di genere,
vittime ed autori di violenze:
uno studio casistico**

Riassunto

Scopo: è noto come sui soggetti che affrontano percorsi per la rettifica del sesso esistano molti pregiudizi che si allargano anche all'aspetto dei reati commessi e subiti da soggetti con tali caratteristiche personalologiche. Finalità della presente ricerca casistica, è offrire un contributo di conoscenza a tale particolare aspetto clinico e criminologico relativo a questa particolare popolazione di soggetti. **Metodi:** dopo acquisizione di regolare e formale consenso, è stato somministrato un questionario ad un campione costituito da 34 pazienti affetti da disforia di genere (27 soggetti MtF (male to female) e 7 soggetti FtM (female to male), afferenti al servizio ambulatoriale per i soggetti con disforia di genere di un importante polo universitario ed ospedaliero del sud Italia. Il questionario consisteva in una parte socio-anagrafica ed un'altra di profilo criminologico, relativa ai reati commessi o subiti da tali soggetti. **Risultati:** i risultati della nostra indagine, con tutti i limiti di una ricerca casistica, segnalano una significativa predisposizione vittimogena che caratterizza i soggetti affetti da disforia di genere e che affrontano il percorso di transizione per la rettifica del sesso. Poco consistenti appaiono i dati relativi ai reati commessi da tali soggetti che risultano, per l'appunto, maggiormente vittime di situazioni di aggressività, violenza e discriminazione. **Conclusioni:** emerge che la transfobia sia un fenomeno oggettivabile, allarmante e probabilmente sottovalutato, rilevando la necessità di condurre studi scientifici più approfonditi e più precisi.

Parole chiave:

Disforia di genere, reati, pregiudizio, vittima, autore, transfobia

**Subjects affected by gender dysphoria,
victims and perpetrators of violence:
a case study**

Abstract

Aim: it is well known how many subjects that deal with sex correction pathways have many prejudices that also extend to the aspect of the crimes committed and suffered by subjects with such personological characteristics. The aim of the present case study is to offer a contribution of knowledge to this particular clinical and criminological aspect concerning this particular population of subjects. **Methods:** after acquiring regular and formal consent, a sample questionnaire was administered consisting of 34 patients with gender dysphoria (27 MtF subjects (male to female) and 7 FtM subjects (female to male), afferent to the outpatient service for the subjects with gender dysphoria of an important university and hospital in southern Italy. The questionnaire consisted of a socio-registry part and another of a criminological profile, relating to the crimes committed or suffered by these subjects. **Results:** the results of our survey, with all the limitations of a case study, indicate a significant victimizing predisposition that characterizes subjects affected by gender dysphoria and who face the transition path for sex adjustment. The data relating to the crimes committed by these subjects appear to be relatively inconsistent and appear to be the most victims of aggression, violence and discrimination. **Conclusions:** it emerges that transphobia is an objectivable, alarming and probably undervalued phenomenon, noting the need to conduct more in-depth and more precise scientific studies.

Key words:

Gender dysphoria, crimes, prejudice, victim, author, transphobia

Introduzione

La finalità del seguente lavoro è quello di individuare ed evidenziare la frequenza e le caratteristiche principali di atti aggressivi e violenti, subiti o esercitati dai soggetti con disforia di genere, inseriti in un percorso di profilo terapeutico e medico legale, finalizzato al mutamento della propria identità sessuale. Ci siamo posti il quesito di quale tipologia di reati commettano o subiscano soggetti con tali caratteristiche, inseriti in un percorso di transizione della loro identità sessuale. La disforia di genere è la condizione per cui una persona esperisce la propria identità di genere in maniera non conforme al sesso biologico o a quello assegnato alla nascita. Tale discordanza è fonte di grandissima sofferenza psicologica e la persona che ne è portatrice sovente persegue l'obiettivo di un cambiamento del proprio corpo attraverso interventi medici e chirurgici per adeguare le caratteristiche anatomiche alla propria identità di genere.

Secondo il DSM-V (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), i criteri essenziali per l'individuazione di soggetti con disforia di genere comprendono: una marcata incongruenza tra il genere espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie ed un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali, per aderire al genere opposto, per appartenervi ed essere trattato come appartenente a quest'ultimo, nonché una forte convinzione di provare i sentimenti ed avere le reazioni tipiche del genere opposto. Inoltre, la condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

Tale conflitto genera una situazione di disagio, *“in cui la persona ritiene di essere vittima di un incidente biologico, trovandosi imprigionato senza scampo in un corpo incompatibile con la propria identità di genere soggettiva”*¹, ossia la difficoltà di riconoscersi nella propria identità di genere e di conseguenza percepire le caratteristiche fenotipiche coerenti con tale identità, di avere una unità e persistenza della propria individualità “maschile o femminile” nel tempo, basata su aspetti genetici, endocrinologici e sociali. Questa condizione si instaura spesso nell'infanzia e richiede un

trattamento prolungato, a livello medico, psichiatrico e psicologico.

La trans fobia è l'atteggiamento di avversione, paura o discriminazione nei confronti di persone con disforia di genere; è l'espressione di sentimenti di odio e pregiudizio nei confronti di una realtà sociale diffusa ed ormai nota, ma per molti non considerata accettabile (pur non costituendo effettivamente una minaccia o una fonte giustificata di paura e diffidenza), o come l'espressione del fenomeno del genderismo, ovvero della convinzione assoluta che possano e debbano esistere solo due generi sessuali, inevitabilmente legati all'assetto biologico e genetico degli individui, portando ad una sistematica discriminazione del soggetto con disforia di genere.

Il fenomeno della transfobia rappresenta, al giorno d'oggi, una problematica vasta ed irrisolta. Le ricerche che sono state eseguite per documentare la reale estensione della violenza subita dai soggetti con disforia di genere sono insufficienti, ma ne indicano in ogni caso una incidenza molto alta, diversamente dagli atti di violenza o dagli omicidi commessi dai soggetti con disforia di genere che rappresentano un fenomeno praticamente inesistente, in quanto risultano essere in numero esiguo^{2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;15;16}.

Le attuali casistiche mostrano che nel 2017, negli Stati Uniti, sono stati 52 gli omicidi totalmente o parzialmente legati all'odio nei confronti di persone lesbiche, gay, transessuali e bisessuali contro i 28 del 2016: un aumento dell'85,7% nell'arco di un solo anno e il picco da quando questo tipo di dati viene raccolto, registrando quindi un omicidio a settimana. Di questi omicidi, le vittime maggiori sono state le donne transessuali (40%)¹⁷.

A livello internazionale, nel periodo compreso tra il 1 ottobre del 2017 e il 30 settembre del 2018, sono stati registrati 369 casi di omicidio, con un incremento di 44 casi rispetto all'anno precedente. A fare da capofila fra i Paesi con il più alto tasso di delitti a sfondo transfobico è il Brasile, che conta 167 episodi. Seguono il Messico (71), gli Usa (28) e la Colombia (21). Fra gli Stati dell'Unione europea è l'Italia a detenere il primato, con 5 casi accertati. Dal 1 gennaio del 2008 al 30 settembre del 2018, sono stati registrati 2982 omicidi di persone con disforia di genere a livello internazionale: 2350 nel Centro e Sud America; 219 nel Nord America;

139 in Europa; 17 in Africa; 249 in Asia; 8 in Oceania. Di questi, il 62% sono sex workers; 1145 sono stati uccisi con arma da fuoco; 577 con arma da taglio; 306 picchiati a morte^{18;19}.

Generalmente, i dati raccolti si basano solo sulle denunce sperte, sulle rassegne stampa internazionali e su quanto le singole associazioni riescono a raccogliere direttamente sul territorio.

E' importante segnalare altri importanti dati riscontrati in letteratura riguardo alla frequenza dei reati transfobici: possiamo affermare, stando ai dati raccolti in due studi, rispettivamente del 2010 e 2011, che gli individui con disforia di genere sono più predisposti a subire discriminazione, stigmatizzazione e vittimizzazione rispetto a soggetti omosessuali e bisessuali²⁰; inoltre, i soggetti con disforia di genere appartenenti a minoranze etniche sono più soggetti a queste dinamiche in quanto, in questo caso, nel movente vi è un'associazione fra discriminazione razziale e discriminazione sessuale²¹. Come dimostrato da uno studio americano²², più del 40% dei soggetti con disforia di genere è vittima di discriminazioni correlate sia al proprio orientamento sessuale che al contesto razziale e socioeconomico, discriminazioni messe in atto sia in ambito lavorativo che domestico, e spesso anche in ambito sanitario, ossia nei confronti disoggetti che necessitano di terapie ormonali o di assistenza psicologica, ai quali spesso vengo frapposti ostacoli nella possibilità di ottenerle.

La stigmatizzazione sociale è talmente forte da rendere estremamente difficile anche l'inserimento lavorativo di un soggetto con disforia di genere, creando un circolo vizioso che spinge spesso le donne verso la prostituzione, alimentando e confermando erroneamente l'immaginario collettivo che lega il concetto di persone con disforia di genere a quello di prostituzione e, dunque, accrescendo lo stigma stesso.

Il lavoro è uno dei principali elementi che determinano l'integrazione sociale di un individuo: avere un lavoro sicuro e socialmente accettato favorisce l'accettazione sociale e la costruzione della propria identità. In questo senso, vi è una significativa difficoltà per le persone con disforia di genere nel trovare un lavoro e nel reperire le risorse economiche per mantenere un'adeguata qualità della vita. E' proprio nel contesto lavorativo che si incontrano

le maggiori difficoltà e resistenze all'integrazione, tanto da condurre spesso le persone con disforia di genere a nascondere la loro reale identità di genere. Le ragioni della discriminazione vanno cercate soprattutto nel rifiuto da parte della società nel riconoscere come socialmente accettabili stili di vita non conformi a modelli "standard" rassicuranti.

Le conseguenze della transfobia si ripercuotono su tutti gli aspetti della vita di una persona con disforia di genere. L'abuso, l'ansia ed il disgusto di sé instillato dall'esterno permeano l'esistenza di una persona: alcune relazioni cliniche riportate dal sito ufficiale dell'Associazione Culturale Crisalide AzioneTrans (CAT) suggeriscono che oltre il 70% dei soggetti con disforia di genere hanno contemplato il suicidio ad un certo punto della loro vita e tra il 17% e il 20% hanno tentato il suicidio almeno una volta. La gioventù con disforia di genere riferisce intensa solitudine durante l'adolescenza e grande difficoltà nel trovare l'accettazione o l'identificazione con i coetanei cisgender, ovvero con le persone che vivono l'incongruenza tra sesso biologico e genere^{23;24}.

E' inoltre frequente, sebbene con un decremento negativo negli ultimi anni, che nascano conflitti, in primis, nella famiglia d'origine che spesso ostacolano il percorso di transizione, vivendolo o interpretandolo come un capriccio momentaneo o un vizio che potrebbe intaccare l'immagine o l'equilibrio della famiglia stessa.

Secondo quanto affermano AllisonCope e Julie Darke nell'articolo "Transfobia e discriminazione"^{5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;15;16;25}, possiamo riconoscere due tipi di atteggiamento discriminatorio nei confronti delle persone con disforia di genere: discriminazione sistematica e discriminazione personale. La prima si concretizza in norme o prassi amministrative che discriminano la popolazione con disforia di genere e viene acuita, per esempio, dalla mancanza di protezione specifica nelle dichiarazioni dei diritti umani e nelle politiche discriminatorie, o nei contesti sociali che prevedono sedi e trattamenti differenti in base al sesso (ospedali, carceri, ecc.). La seconda, invece, si riferisce ad atteggiamenti o comportamenti discriminatori nei rapporti individuali "uno ad uno": a partire da semplici dimostrazioni di disagio o diffidenza in presenza

di una persona con disforia di genere, fino ad aggressioni e veri e propri atti di violenza.

Un fattore che merita ulteriore attenzione è quello della “transfobia interiorizzata”, termine riferito al senso di disvalore di sé del quale le stesse persone con disforia di genere sono portatrici. L’interiorizzazione della transfobia deriverebbe²⁶ dalla stigmatizzazione promossa dalla cultura dominante con ripercussioni sull’autostima e sull’elaborazione della propria identità sessuale, portando molti soggetti a ritenere legittima la penalizzazione derivante dagli atteggiamenti discriminatori nei loro confronti, causando inoltre un fortissimo stress psicologico²⁷. Ogni individuo con disforia di genere è consapevole di essere un potenziale bersaglio di violenza, finendo a volte per convivere con questa consapevolezza, accettandola.

E’ assolutamente necessario approfondire la tematica della discriminazione transfobica e dei suoi effetti sulla popolazione con disforia di genere²⁸. Studi scientifici più approfonditi e più precisi sono tra l’altro necessari anche sulla base della necessità di riformulare le norme legislative che tutelano i soggetti con disforia di genere, considerate carenti sotto moltissimi punti di vista.

Materiali e metodi

La ricerca è basata su uno studio di tipo casistico ed è stata effettuata su un campione di pazienti afferenti al Day Hospital dei soggetti con disforia di genere di un’importante struttura ospedaliera-universitaria del sud del nostro paese, a seguito di delibera del Comitato Etico 983/CE. I soggetti sono stati reclutati nel periodo compreso tra Aprile e Luglio del 2013. A tutti è stato chiesto il consenso informato alla partecipazione per il rilevamento di dati personali socio-demografici, sanitari e criminologici, relativi a violenza agita o subita. Non sono stati utilizzati specifici criteri di selezione dei pazienti in base a dati anagrafici, medici o sociologici.

Il campione reclutato è costituito da 34 soggetti con disforia di genere: 27 soggetti MtF (male to female), ossia soggetti biologicamente maschi che adeguano il proprio corpo e la propria identità sociale ad un’immagine femminile, e 7 soggetti FtM

(female to male), ossia soggetti biologicamente femmine che adeguano il proprio corpo e la propria identità sociale ad un'immagine maschile, di età compresa tra i 19 e i 64 anni, tutti di nazionalità italiana. Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono costituiti da due interviste, elaborate *ad hoc* per questo studio, somministrate da un operatore del servizio. La prima intervista indaga i reati subiti, con particolare attenzione nei confronti dei reati di tipo violento/discriminatorio; la seconda intervista, invece, verte su eventuali reati commessi dal soggetto intervistato. Entrambe le interviste sono scomponibili in tre diverse parti: la prima raccoglie i dati anagrafici costituendo una breve anamnesi personale e familiare; la seconda indaga i dati relativi alla salute, fornendo informazioni relative allo stato di salute attuale, all'anamnesi patologica remota del paziente e alle eventuali terapie in corso; la terza è invece quella più specifica e differisce nelle due interviste: nella prima intervista vengono raccolte informazioni relative ai reati subiti (luoghi della violenza, frequenza del fenomeno, dinamica del fenomeno, storia della relazione con l'autore della violenza, eventuali denunce effettuate ed esito delle stesse); nella seconda intervista vengono raccolte informazioni su eventuali episodi di violenza agita da parte dell'intervistato, indagando anche in questo caso la frequenza del fenomeno e le sue dinamiche. Nell'ultima parte dell'intervista si raccolgono, infine, i dati relativi all'operatore e al livello di difficoltà relazionale durante il colloquio. Le domande prevedono possibilità di risposta binaria (Sì/No), multipla o aperta.

Risultati

Da un'analisi più approfondita del campione emerge che l'età media è di 41,5 anni. È possibile distinguere quattro diverse fasce d'età: la fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra i 25 e i 35 anni (41%), seguita da quella compresa tra i 18 e i 25 anni (35%), da quella compresa tra i 35 e i 45 anni (18%) ed infine quella caratterizzata da un'età maggiore di 45 anni (6%).

Per quanto riguarda la religione, la grande maggioranza dei pazienti ha riferito di professare la religione cattolica (76%), mentre

la restante percentuale è costituita da buddhisti (6%) e atei/agnostici (18%).

Il titolo di studio raggiunto è nel 53% dei casi rappresentato dal diploma di scuola secondaria di II° grado, mentre in minore percentuale (26%) il diploma di scuola secondaria di I° grado, e nel 3% dei casi non è superiore a quello della scuola primaria. Il 18% dei pazienti invece ha completato la carriera universitaria. Gli anni di scolarizzazione risultano essere in media 12,9.

Il 94% dei pazienti ha riferito di avere un'occupazione e più della metà dei pazienti (56%) ha cambiato lavoro nella propria vita due o più volte. Il settore lavorativo più frequentemente rappresentato, secondo i dati riferibili al campione, è quello terziario, in cui risulta occupato il 59% dei pazienti. Sono meno rappresentati i settori agricolo (6%) e artigianale (6%), quello industriale (3%) ed infine il 18% dei pazienti ha riferito di aver lavorato in diversi settori nel corso della propria vita (principalmente nel settore agricolo e terziario).

Un dato che riveste particolare importanza al fine del nostro studio è quello riguardante i precedenti penali: il 9% dei pazienti ha riferito di averne, mentre il 91% ha risposto negativamente.

Inoltre, la grande maggioranza dei pazienti ha riferito di convivere ancora con la propria famiglia; solo il 9% dei pazienti ha riferito di vivere solo e il 12% di vivere con il/la proprio/a compagno/a o altri. Nel 18% dei casi è stata rilevata la presenza di genitori separati o divorziati, mentre la rete amicale e sociale è risultata scarsa e caratterizzata da pochi amici nel 56% dei casi, mentre nel 44% dei casi i pazienti hanno riferito di avere molti amici.

I dati più rilevanti riguardanti la salute dei pazienti sono sicuramente la bassa frequenza di terapie psichiatriche in corso (solo nel 6% dei casi, a fronte del 94% dei casi in cui non si è rilevata alcuna terapia) e l'alta frequenza di terapie continuative in corso (71%), essendo pazienti per lo più già da tempo sottoposti a terapia ormonale. Solo il 6% del campione ha riferito di fare uso sporadico di sostanze stupefacenti (specificando di aver fatto uso esclusivamente di marijuana o cocaina). Il primo dato emerso che appare estremamente rilevante per la nostra analisi è che il 65% dei soggetti intervistati ha riferito di aver subito un reato, mentre solo il 9% ha riferito di aver commesso

un reato. Dei 34 soggetti intervistati solo tre hanno risposto al questionario relativo ai reati effettuati (pertanto, la maggior parte dei questionari sugli "Autori di violenza" è dunque risultata nulla), riferendo di essere stati oggetto rispettivamente: il primo di una denuncia per rissa, il secondo per falsificazione ed il terzo per spaccio di sostanze stupefacenti.

Per quanto concerne, invece, il questionario relativo ai reati subiti, i risultati si mostrano sicuramente più vari ed eterogenei. Si è teso ad approfondire le dinamiche del reato subito, individuando la frequenza e la tipologia.

Analizzando i dati, si evince che: la violenza (fisica e/o verbale) perpetrata esclusivamente da sconosciuti appare leggermente più frequente (27%) rispetto a quella perpetrata da familiari/parenti o contemporaneamente da familiari/parenti/conoscenti/amici (23%) o ancora da familiari/parenti/conoscenti/amici/sconosciuti (23%). E' risultata quindi complessivamente più frequente l'associazione fra diversi autori della violenza (Inserire fig. 1).

Similmente, abbiamo rilevato una percentuale complessivamente elevata di pazienti che hanno riferito di aver subito o di subire tale fenomeno in più luoghi, sia pubblici che privati, piuttosto che in un luogo singolo (ad esempio, a scuola o a lavoro). Solo il 9% ha riferito di aver subito violenza (fisica o verbale) esclusivamente a scuola, il 4% esclusivamente in un luogo privato, nessun paziente esclusivamente a lavoro. Percentuali maggiori del campione hanno riferito di aver subito violenza in un luogo pubblico (28%) o nella propria abitazione (23%). Il 36% dei pazienti ha, invece, complessivamente riferito di aver subito violenza in un'associazione variabile fra un luogo pubblico e abitazione/lavoro/scuola, oppure in tutti i luoghi citati (Inserire fig. 2).

E' altrettanto interessante notare come il tipo di violenza più frequente risulti essere quella psicologica (59%), mentre nel restante 41% dei casi è stata descritta un'associazione fra violenza fisica e psicologica. Nessun paziente ha riferito di aver subito unicamente violenza fisica: nella totalità dei casi era associata a violenza di tipo psicologico (Inserirefig. 3).

La frequenza del fenomeno appare come uno dei dati più rilevanti emersi: solo il 9% dei pazienti ha riferito di essere stato vittima di violenza una sola volta, mentre nel 91% dei casi

il fenomeno si è ripetuto più volte nel tempo (Inserire fig. 4).

Nel nostro questionario abbiamo inoltre indagato alcuni aspetti soggettivi riferibili alle dinamiche dei reati subiti, attraverso alcune domande a risposta aperta, al fine di raccogliere il maggior quantitativo possibile di dettagli a riguardo. Abbiamo, ad esempio, chiesto ai soggetti che hanno riferito di aver subito un reato/una violenza, se ne abbiano subite anche in passato e di che tipo di violenza si tratta. Solo tre soggetti hanno risposto affermativamente, riferendo di averla subita per lo più in infanzia (13%): due soggetti hanno riferito di aver subito maltrattamenti e offese, mentre il terzo soggetto ha riferito di aver subito violenza fisica da parte del padre.

Un altro importante aspetto indagato riguarda i problemi causati dalla violenza subita e i comportamenti reattivi alla stessa, ovvero l'atteggiamento messo in atto dal soggetto in risposta all'esperienza vissuta. Per quanto riguarda i problemi causati, questi sono stati riferiti dal 50% dei pazienti intervistati che hanno riportato di aver subito gli abusi. Nel nostro campione, uno dei soggetti ha riferito di aver sofferto in passato di disturbi depressivi (4,5%), un soggetto ha riferito di soffrire di disturbi d'ansia (4,5%), tre soggetti hanno invece riferito di soffrire di gravi difficoltà nell'approccio sociale o di avere atteggiamenti diffidenti nei confronti degli sconosciuti (13%), mentre un soggetto ha riferito di soffrire da qualche anno di fobia sociale (4,5%); la restante parte ha definito le conseguenze dei fenomeni discriminatori come una "continua sofferenza psicologica" per il senso di inadeguatezza che ne deriva e per l'isolamento sociale. Non sono stati riferiti invece problemi di tipo penale (Inserire fig. 5).

I comportamenti messi in atto in risposta alla violenza sono risultati molto vari, dipendendo strettamente sia dal tipo di relazione con l'abusante sia dal tipo di violenza subita: due dei soggetti intervistati si sono definiti "propensi al dialogo per risolvere le tensioni in famiglia", essendo entrambi casi di violenza verbale o fisica in ambito domestico. La disponibilità a mantenere, in generale, una relazione con l'abusante, è stata descritta solo nel 23% dei casi: il restante 77% dei pazienti ha riferito di non essere assolutamente interessato/disposto a mantenerla. Tale dato è

riferito, ovviamente, alle situazioni in cui l'abusante era/è rappresentato da un familiare, da un/a compagno/a o da un amico/a con cui vi era/è appunto una relazione.

Otto soggetti (36%) hanno riportato di aver assunto un comportamento di evitamento dei luoghi o delle situazioni in cui era più frequente subire attacchi verbali o fisici. Tali pazienti hanno riferito di associare spesso alla condotta di evitamento un atteggiamento di diffidenza o di isolamento sociale. Nove soggetti (41%) hanno riferito di aver sviluppato nel tempo un atteggiamento totalmente indifferente nei confronti degli autori degli attacchi verbali di tipo transfobico, mentre quattro soggetti (18%) hanno riferito di aver reagito o di reagire rispondendo verbalmente o fisicamente alle aggressioni. E' sicuramente interessante notare la netta prevalenza dei casi di violenza psicologica raccolti come dato nel questionario. Se da un lato il dato sembra far emergere una maggiore frequenza dei fenomeni di violenza psicologica e verbale nei confronti dei soggetti affetti da disforia di genere, non bisogna escludere la possibilità di una maggiore sensibilità dei soggetti al giudizio altrui attraverso quello che viene definito "fenomeno di autostigmatizzazione". E' importante, in ogni caso, considerare che gli insulti e le offese, soprattutto se continue, alimentano sicuramente lo stigma percepito e lo rinforzano; nel nostro campione tutti i soggetti intervistati hanno ricondotto le offese verbali subite alla propria condizione di soggetto con disforia di genere.

Un altro importante dato emerso è quello riguardante la frequenza con cui i soggetti intervistati che sono risultati vittime di reato hanno denunciato l'accaduto (Inserire fig. 6): solo cinque soggetti hanno esposto denuncia (22%) e delle cinque denunce effettuate solo una è esitata in arresto, mentre una di esse è stata successivamente ritirata.

E' ipotizzabile che la scarsa tendenza dei soggetti con disforia di genere ad esporre denuncia in caso di reato, sia dovuto ad un atteggiamento diffidente nei confronti delle Forze dell'ordine e delle Istituzioni, probabilmente causato ad una generale percezione di scarsa tutela da parte delle stesse, elemento emerso più volte anche durante i colloqui effettuati. Spesso, inoltre, accade che l'atteggiamento diffidente si estenda anche agli stessi Servizi Sociosanitari o di supporto.

Dal punto di vista vittimologico è di importanza centrale valutare se esiste una relazione tra vittima e abusante. Nel nostro campione, tale relazione è risultata presente nel 59% dei casi. Quando presente, è stata indagata in modo approfondito: dieci soggetti (45%) hanno riferito di non conoscere assolutamente o di conoscere molto superficialmente gli autori della violenza subita; due soggetti (9%) hanno riferito di avere un buon rapporto in genere con l'abusante (trattandosi per lo più di casi sporadici di attacchi verbali da parte di genitori o parenti, in caso di litigi o discussioni in seguito chiarite); quattro soggetti (18%) hanno riferito di aver subito o di subire ancora abitualmente violenze da parte del padre; un soggetto (4,5%) ha riferito di aver subito violenze da parte del fratello; due soggetti (9%) hanno riferito, invece, di aver subito fenomeni discriminatori di tipo transfobico in ambito lavorativo da parte dei propri colleghi; un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato vittima di stalking da parte del proprio ex compagno; un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato vittima di una violenza sessuale in ambito lavorativo e, infine, un soggetto (4,5%) ha riferito di essere stato, per anni, oggetto di bullismo da parte dei propri compagni di scuola. Due dei soggetti intervistati hanno, inoltre, specificato che gli episodi discriminatori o le discussioni in ambito familiare sono terminate nel momento in cui è stato effettuato l'intervento di riassegnazione del sesso.

L'ultima parte dell'intervista è dedicata ad una valutazione qualitativa del colloquio da parte dell'operatore, in termini di facilità nella comunicazione o di eventuali problemi riscontrati durante lo stesso: il 100% dei pazienti si è mostrato collaborativo e non sono state riscontrate difficoltà di alcun genere, in nessun colloquio.

Discussione

Attraverso gli strumenti costruiti *ad hoc* ed adoperati abbiamo indagato sia le dinamiche dei reati e dei fenomeni di violenza agiti, sia quelle dei fenomeni di violenza e/o di discriminazione subiti. E' importante sottolineare che la somministrazione del questionario relativo alla

violenza agita è stata effettuata anche per valutare la possibilità che il continuo essere oggetto di vessazioni possa in qualche modo favorire la tendenza a diventare autori di reato. Quanto emerso concorda complessivamente con i dati ~~generali~~ riscontrati in letteratura nell'evidenziare che i soggetti con disforia di genere sono largamente predisposti a subire reati, mentre sono infrequenti i casi in cui commettono reati ^{29;3}. Tuttavia va anche considerato che la somministrazione dell'intervista è stata condotta su persone che prese in carico presso un servizio che li supporta in tutte le fasi del cambiamento, tra cui anche il rilascio di una certificazione medico-legale necessaria all'avvio dell'iter giuridico che li condurrà alla riassegnazione chirurgica del sesso e/o esclusivamente a quella anagrafica. Trattandosi di uno studio casistico ed avendo a disposizione un campione relativamente piccolo, abbiamo la possibilità solo di ipotizzare una maggiore predisposizione dei soggetti intervistati a subire reati di violenza, piuttosto che a commetterli. Ciò alla luce del fatto che, sebbene da quanto rilevato in letteratura si possa facilmente dedurre la gravità e la larghissima diffusione del fenomeno transfobico, ci sono molteplici fattori che possono influenzare la reticenza dei pazienti intervistati nell'ammettere di aver commesso, in prima persona, un reato (ad esempio: sentimenti di vergogna, riservatezza, paura di un giudizio negativo, timore che quanto rivelato possa in qualche modo influenzare l'iter di transizione o rallentarlo, ecc.). In questo senso, possiamo affermare che uno dei limiti di questo studio, oltre alla sua natura casistica, dipende dal fatto che i questionari non sono somministrabili in forma anonima, dal momento che per compilarli è previsto il colloquio con un operatore. Per indagare, con più precisione, la reale frequenza dei reati commessi, sarebbe opportuno somministrare il relativo questionario in forma anonima, o estendere la somministrazione ad un campione più vasto non necessariamente afferente ad un centro specializzato alla presa in carico della disforia di genere.

I dati di questo lavoro appaiono interessanti nella misura in cui apportano nuovi elementi di conoscenza sulla vittimizzazione dei pazienti con disforia di genere, di per sé scarsamente presenti in letteratura, e permettono di confermare come il fenomeno della

vittimizzazione di questi soggetti sia considerevole e vada adeguatamente studiato. Possiamo affermare, inoltre, che i risultati dello studio si discostano dalle aspettative del nostro sistema culturale e dell'immaginario comune, considerando che, molto spesso, i pazienti affetti da disturbi psichiatrici vengono considerati soggetti "socialmente pericolosi", anche a causa dello stigma che li contraddistingue.

Se consideriamo nello specifico la condizione dei soggetti con disforia di genere, di per sé molto complessa e oggetto di marcata discriminazione, il reato che più frequentemente viene attribuito a questi individui è sicuramente la prostituzione, che nel nostro studio non è emerso come dato in nessuna intervista, nonostante l'associazione culturale transessualità-prostituzione sia presente e radicata in tutte le società moderne occidentali, e le difficoltà e le forti resistenze che il movimento transessuale incontra nell'affermare il diritto al lavoro evidenziano, di fatto, la forte pressione culturale a identificare la prostituzione come unica occupazione possibile. A tal proposito, è interessante notare come nessuno dei soggetti intervistati ha riferito di lavorare nel settore pubblico (a causa della difficoltà a vincere il pregiudizio e le resistenze incontrate nella società), mentre lavori molto rappresentati all'interno del campione sono quelli del settore terziario/agricolo che non richiedono uno stretto contatto visivo con il pubblico (call center, bracciante agricolo, manovalanza edile, consulenza informatica, pulizie domestiche, ecc.). Secondo quanto riportato in letteratura, proprio il lavoro, che funziona da motore di integrazione sociale (avere un lavoro sicuro e socialmente accettato, equamente remunerato e soddisfacente, favorisce l'integrazione sociale e la costruzione della propria identità) è attualmente uno degli aspetti più complessi e più ostacolati per la realtà transessuale: l'esperienza transessuale risulta essere un fattore estremamente limitante rispetto al diritto di accesso al lavoro,^{30;31} ed è proprio nei contesti lavorativi che si riconosce la maggiore vulnerabilità alle discriminazioni.

Nell'immaginario collettivo, inoltre, alla condizione transessuale viene spesso associata una condotta sociale particolarmente spregiudicata e a volte aggressiva, emersa anch'essa molto raramente come dato nelle

nostre interviste. Appare, invece, più consistente l'analisi dei dati riferiti alla vittimizzazione, complessivamente più numerosi e significativi. E' necessario segnalare, inoltre, una possibile reticenza sull'argomento da parte dei soggetti intervistati dovuta principalmente alla tendenza culturale dei soggetti a tacere nel momento in cui sono stati vittime di un reato, soprattutto di tipo sessuale. Per quanto riguarda la generale scarsa tendenza dei pazienti intervistati a denunciare gli abusi subiti, anche questo è un dato che concorda ampiamente con quelli presenti in letteratura. Dalle interviste è emersa, di fatto, una generale diffidenza nei confronti delle istituzioni o la paura che denunciare il reato subito o avviare un qualsiasi procedimento potesse ostacolare o rallentare l'iter di transizione. E' emersa più volte, inoltre, una percezione di scarsa tutela da parte delle stesse o di vero e proprio timore dell'atteggiamento che gli stessi poliziotti potrebbero assumere nei loro confronti. Inoltre, la maggior parte dei fenomeni di violenza subita avviene durante le fasi di cambiamento fenotipico e, pertanto, la difficoltà di mostrare un documento di identità coerente con la propria percezione di sé induce le persone trans ad evitare di presentarsi alle forze di polizia, onde subire ulteriori discriminazioni. Secondo Amnesty International³², di fatto, le forze di polizia sembrano essere la categoria che si macchia maggiormente di crimini nei confronti delle minoranze sessuali, soprattutto con violenze fisiche e stupri. Un altro dato emerso, di particolare rilevanza, è riferibile ai perpetratori delle violenze o dei reati in generale: quelli di tipo verbale sono perpetrati principalmente da conoscenti o sconosciuti, mentre nel caso delle violenze fisiche, possono essere spesso identificati come soggetti "vicini" alla vittima dal punto di vista affettivo. L'unico caso riportato di violenza sessuale è invece stata effettuata in ambito lavorativo. Inoltre, dalle risposte raccolte attraverso i questionari, si può evincere, in numerosi punti, una generale tendenza all'isolamento sociale, raramente dovuto ad una mera scelta personale: la maggior parte dei pazienti ha riferito di evitare luoghi affollati o locali particolarmente frequentati per via dei fenomeni transfobici e degli insulti che sono spesso costretti a subire. E' stata rilevata, in effetti, sia una rete amicale scarsa nella gran parte dei soggetti, sia una generale tendenza,

all'interno del campione, a vivere ancora con i propri genitori, nonostante una (assoluta o relativa) indipendenza economica. Spesso la tendenza all'isolamento è stata riferita come l'unica reazione possibile alle continue offese, agli insulti o ai maltrattamenti fisici subiti, diventando pian piano un atteggiamento talmente ricorrente da divenire un'abitudine. Mentre la violenza fisica è stata riferita per lo più all'interno dell'ambiente domestico (quattro dei soggetti intervistati hanno riferito di aver subito violenza fisica da parte del padre, uno dal proprio fratello, uno dal proprio compagno/ex compagno), quella verbale e psicologica si è mostrata molto eterogenea per quanto riguarda sia le forme sia i suoi perpetratori. Quest'ultima si è, inoltre, rivelata come la forma di violenza in assoluto più frequente. Una percentuale significativa ha, inoltre, riferito che tali atteggiamenti discriminanti sono, o erano legati, al proprio ambiente familiare, per lo più riconducibili ad una scarsa o assente accettazione del percorso di transizione o della condizione transessuale da parte dei familiari stessi, configurando episodi di quella che viene attualmente definita violenza domestica o intrafamiliare.

Maltrattamenti precoci in ambito familiare possono, inoltre, essere una causa importante di ulteriori esposizioni a fenomeni di violenza o dello sviluppo più rapido di predisposizione alla vittimizzazione, poiché influenzano profondamente le modalità adattative e reattive del soggetto al trauma, lo sviluppo neurobiologico, la regolazione degli stati affettivi interni o ancora le funzioni cognitive o l'immagine del sé. Il maltrattamento, come patologia delle relazioni di cura, è infatti fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resistenza individuali, familiari e sociali, che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza: deficit nel controllo degli impulsi, atteggiamenti conflittuali, distorsione della capacità empatica, isolamento sociale ecc., che ne derivano, sono a propria volta fattori di rischio³³.

Conclusioni

E' sicuramente importante notare come i risultati del nostro studio si sovrappongano ai

risultati di diversi studi condotti negli ultimi venti anni, riguardanti la discriminazione di genere e le violenze sui soggetti con disforia di genere, sia americani che italiani,^{28;34;35} dei quali molti hanno studiato anche le conseguenze della violenza sulla salute mentale delle vittime (un aspetto che potrebbe essere preso in considerazione per studi futuri): è stato rilevato, infatti, da diversi autori che i fenomeni di vittimizzazione portano spesso a disturbi mentali come la depressione, o l'abuso di sostanze stupefacenti²⁸, o anche a tentativi ripetuti di suicidio³⁶. In particolare, le conseguenze psicofisiche dei fenomeni transfobici sono rappresentate dalla depressione maggiore. Nel nostro studio, sono emersi diversi problemi causati dalla violenza subita: disturbi depressivi, disturbi di panico, fobia sociale, tendenza all'isolamento.

Analizzando i dati riportati nei suddetti studi e confrontandoli con quelli della nostra ricerca, si può evincere un filo conduttore fra i diversi risultati: un'alta percentuale di soggetti riferisce di aver subito violenze (più del 50% in tutti i casi); la maggior parte delle violenze in questione è in tutti i casi di tipo verbale (maltrattamenti/abusi verbali/offese), ma sono rilevanti anche altre forme di violenza psicologica (stalking o isolamento sociale); è riscontrabile un'alta diffidenza nei confronti delle istituzioni e percezione di scarsa tutela; i maltrattamenti sono perpetrati quasi sempre da più persone e più di una volta; sono frequenti disagi psicologici dopo le violenze o veri e propri disturbi psichiatrici, ecc.

Dai risultati è emerso, inoltre, che la maggior parte degli atti di violenza potevano in qualche modo essere ricondotti alla tendenza, sempre più frequente da parte della società, a "punire" coloro che si discostano dalle aspettative di genere più diffuse, a causa della loro "trasgressione delle regole", fenomeno noto come minority stress, ovvero le discriminazione a cui sono sottoposte le minoranze¹². Inoltre, gli episodi rilevati non sono mai stati diffusi dai notiziari, nonostante la loro frequente gravità. Da ciò si può dedurre come si possa considerare la transfobia un fenomeno oggettivabile, allarmante e probabilmente sottovalutato. Una revisione della letteratura mostra chiaramente che le problematiche riguardanti l'impatto che il minority stress ha sulla psiche delle persone con disforia di genere derivanti da fenomeni

transfobici sono spesso ignorati dai ricercatori o tenuti in scarsa considerazione. Alla luce di ciò, possiamo concludere che sono necessari studi scientifici più approfonditi e più precisi, anche sulla base dell'urgente necessità di riformulare le norme legislative che tutelano i soggetti con disforia di genere, da essi considerate carenti sotto moltissimi punti di vista.

Riferimenti bibliografici

- [1] Manuale Merck (ed. it.). Disturbi psichiatrici. Milano: Raffaello Cortina editore; 2007.
- [2] Simonelli C. Identità di Genere. [Internet]. 2005 Jan 1. Available from: <https://www.psicolinea.it/identita-di-genere/>.
- [3] Lauerma H, Voutilainen J, Tuominen T. Matricide and twosexualfemicides by a male strangler with a transgender sadomasochisticidentity. *Journal of Forensic Sciences* 2010; 55: 549-550. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01280.x
- [4] Che cosa è il transessualismo. Definizione, cause, storia. Di Reitz JD. [Internet]. Available from: <http://www.crisalide-azionetrans.it/cosatransessualismo.html>.
- [5] Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analyticstudy. *Journal of Personality Disorders* 1999; 13: 268-280. doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.268
- [6] Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 357-367. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0145-2134\(00\)00251-9](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0145-2134(00)00251-9)
- [7] McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post- traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 369-371. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.369
- [8] Jumper SA. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19: 715-728. x.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00029-8
- [9] Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology* 2001; 135: 17-36. doi.org/10.1080/00223980109603677.
- [10] Herek GM. Beyond “homophobia”: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy* 2004; 1:6-21. Dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.066
- [11] Herek GM. Beyond “homophobia”: a social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality* 1984 Fall; 10(1-2): 1-21. doi.org/10.1300/J082v10n01_01
- [12] Lingiardi V, Falanga S, D' Augelli AR. The evaluation of homophobia in an Italian sample. *Archives of Sexual Behavior* 2005 Feb; 34(1): 81-93. doi: 10.1007/s10508-005-1002-z

- [13] Weinstein N, Ryan WS, Dehaan CR, Przybylski AK, Legate N, Ryan RM. Parental autonomy support and discrepancies between implicit and explicit sexual identities: dynamics of self-acceptance and defense. *Journal of Personality and Social Psychology* 2012 Apr; 102(4): 815-32. doi: 10.1037/a0026854. Epub 2012 Jan 30.
- [14] Poulin C, Gouliquer L, Moore J. Discharged for homosexuality from the Canadian military: health implications for lesbians. *Feminism & Psychology* 2009; 19(4). doi.org/10.1177/0959353509342772
- [15] Pini A. Omocidi. Gli omosessuali uccisi in Italia. Roma: Nuovi Equilibri Editore; 2002.
- [16] Hebl MR, Foster JB, Mannix LM, Dovidio JF. Formal and interpersonal discrimination: a field study of bias toward homosexual applicants. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2002;28(6).http://dx.doi.org/10.1177/0146167202289010
- [17] A crisis of hate a report on lesbian, gay, bisexual, transgender and Queer Hate Violence Homicides IN 2017. A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs. [Internet]. 2018. Available from: <http://avp.org/wp-content/uploads/2018/01/a-crisis-of-hate-january-release-12218.pdf>
- [18] Trans Day of Remembrance (TDoR) 2018 Press Release. 369 reported murders of trans and gender-diverse people in the last year. [Internet]. 2018 Nov 12. Available from: <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-of-remembrance-2018/>
- [19] TvT Trans Murder Monitoring. [Internet]. 2018. Available from: https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/11/TvT_TMM_TDoR2018_Infographics_EN.png
- [20] Barrientos J, Silva J, Catalan S, Gomez F, Longueira J. Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality* 2010;57(6):760-775. doi:10.1080/00918369.2010.485880.
- [21] Balsam KF, Molina Y, Beadnell B, Simoni J, Waters K. Measuring multiple minority stress: the LGBT people of color microaggression scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 2011; 17(2): 163-174. doi.org/10.5334/snr.83
- [22] Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia transgender health initiative study. *American Journal of Public Health* 2012; Nov 15. doi: 10.2105/AJPH.2012.300796
- [23] Affatati V, Grattagliano I, Todarello O, Catanesi R. Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo di identità di genere e nella valutazione dell' idoneità alla surgical sex-reassignment. *Rivista di Psichiatria* 2012; 47(4): 337-344. doi: 10.1708/1139.12562
- [24] Grattagliano I, Marrone RL, Guaragnella V, Marrone M, Corsaro C, Ostuni A, Catanesi R. Genitorialità non tradizionali. Essere Padri e madri affrontando la rettifica del sesso. *Rassegna Italiana di Criminologia* 2018; 2: 161-169.
- [25] Cope A, Darke J. Transfobia e discriminazione. Trad.: Mirella Izzo, rev. trad.: Tolu D, Manetti M.

- Crisalide AzioneTrans Genova. Available from: <http://www.crisalide-azionetrans.it/transfobia.html>.
- [26] Romano M. Diurna. La transessualità come oggetto di discriminazione. Milano: Costa & Nolan; 2008.
- [27] Sánchez FJ, Vilain E. Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals. *Journal of Counseling Psychology* 2009; Jan 1; 56(1): 202-209.
- [28] Otis MD, Skinner WF. The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality* 1996; 30: 93-121. doi.org/10.1300/J082v30n03_05
- [29] Bazargan M, Galvan F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health* 2012; Aug 15; 12: 663. doi.org/10.1186/1471-2458-12-663
- [30] Casiccia A, Saraceno C. Omosessuali e transessuali a Torino. Esperienze, modi di vita, percezione sociale. Torino: Città di Torino; 2002.
- [31] Di Folco M, Marcasciano P. Transessualismo: dall'esclusione totale ad una inclusione parziale. Bologna: Ageform; 2001.
- [32] Dworkin SH. LGBT identity, violence, and social justice: the psychological is political. *International Journal for the Advancement of Counselling* 2003; 25(4): 269-279. doi.org/10.1023/B:ADCO.0000005526.87218.9f
- [33] Ricciutello C, Cheli M, Montenegro M, Campieri M, Fini A, Pincanelli F. Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria* 2012; 47: 413-423. doi: 10.1708/1175.13032
- [34] Benjamin H. Il fenomeno transessuale. Roma: Astrolabio; 1968.
- [35] Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence. *Journal of Homosexuality* 2002; 42(1): 89-101. doi.org/10.1300/J082v42n01_05
- [36] Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, Schmidt NB. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders* 2005; 87: 35-42. doi:10.1016/j.jad.2005.02.020