

# Crescere in una famiglia omogenitoriale

ANNA MARIA SPERANZA

Professore di Psicopatologia dello sviluppo, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" - Università di Roma

*È un argomento delicato di cui anche i pediatri sanno molto poco, per mancanza di conoscenze e di esperienze. Dopo la lettura dell'articolo le nostre conoscenze saranno sicuramente rivolte a una visione non più ideologica ma fatta di argomentazioni scientifiche. In merito all'esperienza, sarebbe molto bello e utile ricevere dai lettori testimonianze vissute di storie di bambini che stanno crescendo in una famiglia omogenitoriale.*

Il tema dell'omogenitorialità sta suscitando molte polemiche politiche e viene spesso affrontato, anche dagli addetti ai lavori, più "ideologicamente" che scientificamente. La salute mentale dei bambini è un tema delicato, che richiede studi scientifici accurati in grado di dimostrare ciò che è dannoso per lo sviluppo e ciò che invece permette di promuovere la salute e il benessere dei bambini e delle loro famiglie. Questi studi, metodologicamente complessi perché rivolti alla realtà esistente e non a trial clinici definiti a priori, possono aiutarci a definire le variabili significative in grado di rendere conto di tale sviluppo.

## LO STUDIO DELL'OMOGENITORIALITÀ E LA FAMIGLIA CONTEMPORANEA

Va collocato anzitutto all'interno dello studio sulla famiglia contemporanea le cui complesse trasformazioni impongono di ripensare criticamente le categorie attraverso le quali comprendere scenari, configurazioni familiari ed espressioni della genitorialità, soprattutto nell'ottica della salute mentale dei bambini. Oltre un terzo dei bambini che vivono negli Stati Uniti (parliamo di quasi 26 milioni) viene cresciuto in contesti familiari che si allontanano in maniera più o meno marcata dalla cosiddetta famiglia tradizionale (la classica coppia di genitori sposati): sono bambini cresciuti da genitori non sposati, singoli per scelta o separati, adottivi o affidatari, ma anche bambini

### GROWING UP IN A SAME-SEX FAMILY

(Medico e Bambino 2015;34:95-98)

#### Key words

Same-sex families, Psychosocial adjustment, Child development

#### Summary

*There is still a very lively debate on social and legal rights for same-sex families. Non-traditional families constitute the vast majority of families in the industrialized world today. Like other contemporary families, same-sex families are facing new challenges and difficulties, like economic and legal disparities and social stigma, which can adversely affect children development. In this paper the author summarizes current knowledge on social, psychological, and sexual well-being in children raised by gay and lesbian parents. Extensive data available from more than 30 years of research support the idea that children reared by same-sex parents do not differ from children with heterosexual parents on psychological health, social, cognitive and psychosexual development, peer relations, and school achievement. Results demonstrate that children's well-being is affected much more by their relationships with their parents, their parents' sense of competence and security, and the presence of social and economic support for the family than by the gender or the sexual orientation of their parents.*

che vivono con altre figure familiari o all'interno di famiglie ricostituite, e anche - potremmo dire sorprendentemente se si considerano gli ostacoli legislativi e culturali ancora presenti - da genitori omosessuali, i quali hanno cresciuto fino ad oggi quasi 2 milioni di bambini negli Stati Uniti e oltre 100.000 solo in Italia. La realtà infatti ci dice che le famiglie omogenitoriali esistono, che siano di prima costituzione, quando il progetto di genitorialità nasce dalla coppia omosessuale (e viene pianificato attraverso l'inseminazione artificiale, l'adozione, la gestazione di sostegno, nei Paesi dove questo è consentito), oppure ricostituite quando i figli provengono da una precedente relazione eterosessuale.

È importante dunque osservare questa realtà e cercare di comprenderne le caratteristiche, uscendo da una logica patologizzante e basandoci sulle verifiche empiriche che possono guidarci nel fornire le risposte più adeguate a queste famiglie.

#### GLI STUDI DISPONIBILI

In un'importante rassegna<sup>1</sup> dei numerosi studi psicologici che indagano quali fattori - a livello genitoriale, familiare e contestuale - influenzino l'adattamento psicologico dei bambini nelle famiglie contemporanee, emerge chiaramente come le dimensioni più significative siano rappresentate dalla qua-

lità delle relazioni genitori-figli, dal senso di competenza e sicurezza dei genitori nell'esercitare la genitorialità, dalla qualità della relazione tra i genitori e dal supporto economico e sociale disponibile. Al contrario, l'insieme di queste ricerche sostiene che le cosiddette dimensioni strutturali della famiglia, determinate da fattori come il divorzio, la genitorialità singola, l'orientamento sessuale dei genitori o il legame biologico tra genitori e figli, non sembrano influenzare in maniera significativa il benessere e lo sviluppo del bambino.

L'importante rivista *Pediatrics*<sup>2</sup>, organo ufficiale dell'*American Academy of Pediatrics*, nel 2013 ha affermato che un numero ormai molto ampio di dati, provenienti dalle ricerche degli ultimi 30 anni, sembra indicare chiaramente una *buona resilienza dei bambini cresciuti da genitori gay e lesbiche*: questi bambini presentano uno sviluppo psicologico, sessuale e sociale paragonabile in larga misura a quello dei bambini cresciuti in famiglie tradizionali, anche a fronte delle disparità economiche, giuridiche e dello stigma sociale che devono invece spesso affrontare.

Il numero di ricerche internazionali effettuate negli ultimi anni sui bambini cresciuti in famiglie omogenitoriali è ormai vastissimo e difficilmente riassumibile in poche parole<sup>3-7</sup>.

Una rassegna<sup>8</sup> che ha incluso i 33 principali studi dal 1990 al 2010 sulla genitorialità omosessuale e il benessere dei bambini, confrontandoli con la genitorialità delle famiglie eterosessuali, ha mostrato che il benessere psicosociale di bambini e adolescenti cresciuti da almeno un genitore omosessuale poteva considerarsi nella norma, quando non superiore a quello vissuto da bambini cresciuti in famiglie eterosessuali: i figli di madri o di coppie lesbiche mostravano addirittura punteggi migliori nella sicurezza dell'attaccamento ai genitori, nella percezione dei genitori come disponibili, nella frequenza con cui in famiglia si discuteva di temi legati alle emozioni e nell'interesse e nel successo scolastico. Su moltissime altre variabili psicosociali questi bambini non si differenziavano in alcun modo dai loro coetanei cresciuti in contesti tradizionali.

### LA GENERALIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI E I DATI DI FOLLOW-UP

Può risultare difficile laddove si confrontino contesti della genitorialità omosessuale molto differenti tra loro (madri lesbiche single, coppie lesbiche ricostituite, padri gay ecc.) e soprattutto data la partecipazione volontaria agli studi che può portare a sopravvalutare il benessere dei figli.

Per ovviare a questi problemi è importante fare riferimento a uno degli studi prospettici più importanti, il *National Longitudinal Lesbian Family Study*<sup>9</sup>, condotto su famiglie lesbiche pianificate attraverso l'inseminazione (dove quindi le partecipanti hanno accettato di prendere parte allo studio senza poter prevedere quali sarebbero stati gli esiti) e ad oggi portato avanti fino all'adolescenza dei figli, momento evolutivo particolarmente delicato per lo sviluppo psicosessuale. I diversi follow-up<sup>10-13</sup> effettuati su questo campione hanno mostrato che l'adattamento psicologico, le relazioni tra pari, le relazioni familiari e i progressi scolastici di questi bambini erano del tutto paragonabili a quelli dei bambini cresciuti in famiglie eterosessuali, sottolineando come l'adattamento nell'infanzia sia determinato in gran parte dal funzionamento familiare (accordo tra i genitori, condivisione delle responsabilità, stabilità economica ecc.), indipendentemente dall'orientamento sessuale dei genitori<sup>14</sup>. Una volta diventati adolescenti, questi ragazzi e ragazze descrivevano le loro vite come ricche e soddisfacenti, riferivano di avere ottimi legami sia familiari che con i pari e ottenevano risultati addirittura più positivi dei loro coetanei in termini di socialità, successi scolastici e competenze, e una minore frequenza di comportamenti trasgressivi, aggressivi e di problematiche esternalizzanti. L'unico aspetto negativo nell'esperienza di questi adolescenti era la frequenza con cui erano stati vittime di atteggiamenti discriminatori di tipo omofobico.

La genitorialità omosessuale, quando non sia rappresentata da famiglie ricostituite a seguito del concepimento di un figlio da una relazione eterosessuale,

implica per le donne, ma soprattutto per gli uomini, un percorso difficile e spesso pieno di ostacoli. L'accesso alle nuove tecniche riproduttive, come l'inseminazione artificiale o la gestazione di sostegno, è legato agli ordinamenti giuridici dei diversi Paesi, così come avviene per l'adozione<sup>15</sup>. I bambini adottati, quando non lo siano alla nascita, vengono spesso da contesti fortemente abusanti o trascuranti; hanno bisogni speciali e gravi carenze cognitive ed emotive. L'adozione da parte di coppie gay o lesbiche è ancora molto contrastata, ma anche in questo caso le ricerche<sup>16-18</sup> non mostrano differenze nell'adattamento, nello sviluppo cognitivo e nei problemi comportamentali dei bambini né quando questi vengono adottati precocemente né quando l'adozione è tardiva e i bambini provengono da contesti molto problematici di abuso e trascuratezza. Nel confronto con coppie adottive eterosessuali, inoltre, non si osservano differenze significative nei comportamenti genitoriali e nell'adattamento di coppia, anche quando le famiglie sono composte da padri gay.

La questione da più parti sollevata che ruota attorno all'assenza di differenza di genere nelle coppie omosessuali, come possibile elemento problematico per lo sviluppo dei bambini, non considera che funzioni di accudimento, di sostegno, di protezione, di contenimento, ma anche funzioni educative e normative, che regolano l'attribuzione dei valori, del senso di appartenenza e di autonomia, la capacità di dare limiti e di fornire al tempo stesso gli stimoli giusti per una crescita emotiva, possano essere svolte contemporaneamente o alternativamente da entrambi i genitori. È importante anche ricordare che tutte queste funzioni devono poter seguire lo sviluppo del bambino e dell'adolescente rispondendo a bisogni che sono estremamente diversi a seconda della fase evolutiva. Quello che sembra assumere sempre maggiore rilevanza per un sano sviluppo psicologico del bambino è il concetto di *coparenting*, cioè la qualità dell'accordo e del sostegno reciproco che gli adulti raggiungono nello svolgere la loro funzione genitoriale in termini relazionali, e che non si riferi-

sce esclusivamente alla suddivisione del lavoro e delle responsabilità nell'accudimento del figlio.

### **PRENDERSI CURA DEL BAMBINO: LA QUALITÀ DELLA GENITORIALITÀ**

La letteratura scientifica sull'attaccamento ha sostituito il termine *genitore* con quello di *caregiver* per indicare che ciò di cui il bambino ha bisogno per sviluppare una sicurezza interna è la funzione esercitata dall'adulto nel prendersi cura di lui e non la biologia che li lega. La generatività quindi non è condizione necessaria del prendersi cura. La qualità della genitorialità è, piuttosto, funzione di quel complesso processo che si sviluppa fin dall'infanzia attraverso l'interiorizzazione delle esperienze di cura ricevute, cioè attraverso l'esperienza soggettiva che ognuno - indipendentemente dal proprio genere o orientamento sessuale - ha vissuto a partire dalla propria esperienza di essere figlio e che rimanda a capacità come provvedere all'altro, garantirgli protezione e cura, entrare in risonanza affettiva, insegnare il senso del limite e provvedere al raggiungimento delle tappe evolutive. Questo vuol dire che non sono il genere, l'orientamento sessuale o il legame biologico a caratterizzare le capacità genitoriali, quanto le funzioni esercitate dall'adulto nei confronti del bambino. Sappiamo che esistono molti fattori di rischio per la genitorialità, tra cui esperienze traumatiche precoci, povertà, depressione genitoriale, uso di sostanze, violenza domestica ecc., ma nessuna ricerca sembra indicare tra questi l'orientamento sessuale del genitore né in senso più ampio il genere.

Il benessere psicologico e lo sviluppo sano del bambino sembrano dipendere, tanto nelle famiglie con genitori omosessuali quanto in quelle eterosessuali, dai processi interattivi come la qualità di attaccamento tra bambino e *caregiver*, dall'adeguatezza delle funzioni genitoriali e dalla capacità di gestire gli eventi stressanti interni o esterni alla famiglia<sup>19</sup>. D'altra parte è ormai chiaro che la qualità della relazione tra i genitori ha un peso significativo per il be-

nessere del bambino in modi sia diretti che indiretti: genitori con una buona armonia, un buon adattamento di coppia e sostegno reciproco forniranno al bambino modelli relazionali adeguati e al tempo stesso potranno contare su queste risorse per funzionare meglio come adulti e come genitori.

### **I POSSIBILI "SVANTAGGI" DEL CRESCERE IN UNA FAMIGLIA OMOGENITORIALE**

Va sottolineato comunque che esistono delle condizioni di "svantaggio" nel crescere all'interno di una famiglia omogenitoriale, e queste sono riconducibili sostanzialmente al pregiudizio e allo stigma sociale, ovvero all'omofobia, a cui queste famiglie possono andare incontro.

Molte delle ricerche già citate<sup>8,9</sup> hanno riscontrato che non è raro che i bambini siano vittime di discriminazioni e violenze omofobiche con un forte impatto negativo sul loro benessere. D'altra parte è bene ricordare che le famiglie omogenitoriali devono affrontare fin dall'inizio molte sfide ed eventi critici: stabilire la legittimità della loro genitorialità, ottenere il sostegno delle rispettive famiglie di origine, rispondere alle richieste implicite e/o esplicite del contesto sociale, e spesso devono fare questo - come avviene anche per altre famiglie contemporanee - in assenza di modelli di riferimento e di riconoscimenti giuridici e sociali<sup>20,21</sup>.

Pensiamo solo alla possibilità di stare vicino al bambino se è in ospedale, di portarlo alle visite di controllo o seguirne l'andamento scolastico: tutte realtà che, almeno in Italia, sono legate alla disponibilità di medici e insegnanti, ma che, mancando un riconoscimento giuridico per queste famiglie, ne impediscono di fatto il riconoscimento e l'inclusione sociale.

### **IL PARERE DELLE ISTITUZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI**

In questa direzione sono andate, però, alcune tra le più importanti istituzioni nazionali e internazionali sulla

salute mentale: l'American Psychiatric Association, l'American Academy of Pediatrics, l'American Psychological Association, la British Psychological Society, l'American Psychoanalytic Association, l'Associazione Italiana di Psicologia e l'Ordine Nazionale degli Psicologi, le quali si sono espresse a favore dell'omogenitorialità sottolineando come sia nell'interesse del bambino avere genitori coscienti e capaci di cure, senza pregiudizio rispetto al loro genere e orientamento sessuale: "I bambini hanno bisogno di adulti in grado di garantire loro cura e protezione, insegnare il senso del limite, favorire tanto l'esperienza dell'appartenenza quanto quella dell'autonomia, negoziare conflitti e divergenze, superare incertezze e paure, sviluppare competenze emotive e sociali. L'Associazione Italiana di Psicologia invita i responsabili delle istituzioni politiche, sociali e religiose del nostro Paese a tenere in considerazione i risultati che la ricerca scientifica ha prodotto sui temi in discussione"<sup>22</sup>.

### **Indirizzo per corrispondenza:**

Anna Maria Speranza

e-mail: [annamaria.speranza@uniroma1.it](mailto:annamaria.speranza@uniroma1.it)

### **Bibliografia**

1. Lamb ME. Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Appl Dev Sci* 2012;16(2):98-111.
2. Perrin EC, Siegel BS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. *Pediatrics* 2013; 131(4):1374-83.
3. Amato PR. The well-being of children with gay and lesbian parents. *Soc Sci Res* 2012;41(4):771-4.
4. Erich S, Kanenberg H, Case K, Allen T, Bogdanos T. An empirical analysis of factors affecting adolescent attachment in adoptive families with homosexual and straight parents. *Child Youth Serv Rev* 2009;31(3):398-404.
5. Goldberg AE. Lesbian and gay parents and their children: Research on the family life cy-

cle. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.

6. Patterson CJ. Lesbian and gay parents and their children: A social science perspective. In: Hope DA (Ed). Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities. New York: Springer, 2009:141-82.

7. Patterson CJ, Wainright JL. Adolescents with same-sex parents: Findings from National Longitudinal Study of Adolescents Health. In: Brodzinsky DM, Pertman A (Eds). Adoption by lesbians and gay men: A new dimension in family diversity. New York: Oxford University Press, 2011:85-111.

8. Biblarz TJ, Stacey J. How does the gender of parents matter? *J Marriage Fam* 2010;72:3-22.

9. Gartrell N, Bos H. US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological adjustment of 17-year-old adolescents. *Pediatrics* 2010;126(1):28-36.

10. Gartrell N, Banks A, Hamilton J, Reed N, Bishop H, Rodas C. The National Lesbian Family Study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *Am J Orthopsychiatr* 1999;69(3):362-9.

11. Gartrell N, Banks A, Reed N, Hamilton J, Rodas C, Deck A. The National Lesbian Family Study: 3. Interviews with mothers of five-year-olds. *Am J Orthopsychiatr* 2000;70(4): 542-8.

12. Gartrell N, Deck A, Rodas C, Peyser H, Banks A. The National Lesbian Family Study: 4. Interviews with the 10-year-old children. *Am J Orthopsychiatr* 2005;75(4):518-24.

13. Gartrell N, Rodas C, Deck A, Peyser H, Banks A. The National Lesbian Family Study: 5. Interviews with mothers of ten-year-olds. *Fem Psychol* 2006;16(2):175-92.

14. Perrin EC, American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics* 2002;109(2):341-4.

15. Caristo C, Nardelli N. Madri lesbiche, padri gay e il benessere dei loro figli: una rassegna della letteratura. *Infanzia e Adolescenza* 2013;12(2):128-39.

16. Farr R, Forssell S, Patterson C. Parenting and child development in adoptive families: Does parental sexual orientation matter? *Appl*

*Dev Sci* 2010;14(3):164-78.

17. Lavner JA, Waterman J, Peplau LA. Can gay and lesbian parents promote healthy development in high-risk children adopted from foster care? *Am J Orthopsychiatr* 2012;82(4): 465-72.

18. Lingiardi V, Carone N. Adozione e omogenitorialità: l'abbandono di Edipo? *Funzione Gamma* 2013.

19. D'Amore S, Gresse K, Pauss V. Pertes et ressources dans la construction des nouvelles familles: le cas des familles recomposées. *Thérapie Familiale* 2011;32(1):111-28.

20. Lingiardi V. La famiglia "inconcepibile". *Infanzia e Adolescenza* 2013;12(2):74-85.

21. Lingiardi V. Citizen gay. Affetti e diritti. Edizione aggiornata con la collaborazione di Nardelli N. Milano: Il Saggiatore, 2007-2012.

22. Associazione Italiana di Psicologia. L'ammissibilità dell'adozione di minori da parte di una singola persona. Comunicato stampa approvato dal Direttivo, 2011. Disponibile on line all'indirizzo: [www.aipass.org/files/Comunicato%20adozioni%281%29.pdf](http://www.aipass.org/files/Comunicato%20adozioni%281%29.pdf).

## DVD "CONFRONTI IN PEDIATRIA 2014" LA PEDIATRIA PER SIGLE, ACRONIMI E... MODI DI DIRE

**1. IPLV/FPIES/VLPI...** Miti e realtà dell'allergia alimentare (G. Longo, E. Galli; modera A. Ventura), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (K. Vecchiato) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (S. Castelli) - **2. FR (First Responder)** Cosa deve fare e cosa deve evitare di fare il pediatra davanti a un caso di sospetto abuso (L. Garofano, E. Barbi; modera A. Ventura), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (G. Patti) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (C. Berardi) - **3. Avanti MAS!** Cosa deve sapere il pediatra della sindrome da attivazione macrofagica attraverso i casi degli specializzandi (C. Cattelani, F. Dall'Acqua, F. Vendemini, M. Minute, S. Lega), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (S. Lega) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (A.G. Ruggeri; modera A. Ventura) - **4. ADHD** (A. Skabar, A. Zuddas; modera A. Albizzati), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (M. Minute) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (M.G. Pizzul) - **5. PFAPA, PFAPONE... PFAPOIDI** (eppoi CINCA, CRMO, DIRA e tante altre) Cosa deve sapere il pediatra delle malattie autoinfiammatorie (M. Gattorno, A. Tommasini; moderano P.A. Macchia, G. Longo), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (A. Pirrone) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (M.A. Chiriaco) - **6. RAA/PANDAS** Lo streptococco oltre le tonsille: miti e realtà (A. Taddio, M. Fontana; moderano P.A. Macchia, G. Longo), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (G. Ferrara) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (A. Ravaglia) - **7. AGEF, SSSS...** La dermatologia attraverso le sigle (I. Berti, M. Cutrone; moderano P.A. Macchia, G. Longo), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (A. Delise) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (M. Mayer) - **8. BMI** Quando e come occuparsi di obesità (L. Greco, F.G. Chiarelli; modera E. Faleschini), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (M.C. Pellegrin) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (R. Cavallo) - **9. OSAS** Facciamo da soli? (E. Orzan, A. Amaddeo; modera D. Faraguna), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (P. Pascolo) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (D. Sambugaro) - **10. DSM V** Le problematiche più rilevanti della psicopatologia pediatrica attraverso il "catalogo dei matti" (A. Albizzati, M. Carrozzini; modera D. Faraguna), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (G. Facchina) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (L. Basile) - **11. RM (nel senso del ritardo mentale)** Sempre meno misterioso? Anche qui novità e indicazioni pratiche per il pediatra (P. Gasparini, A. Selicorni; modera D. Faraguna), preceduti dal suggerimento di uno specializzando (S. Salis) e dalle sottolineature in un minuto del pediatra di famiglia (M. Doria) - **12. PEDIABLOB** (G. Longo) - **13. Premiazione Specializzandi**

Il costo di un DVD è di euro 36,00 (comprensivo di IVA e spese postali)

È possibile visionare e acquistare tutti i titoli sopra citati, nonché tutti i titoli delle edizioni passate del Congresso "Confronti in Pediatria" a partire dall'anno 1997, collegandosi al sito [www.quickline.it](http://www.quickline.it)

### Modalità di pagamento

Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline sas

Bonifico bancario a Quickline sas: IBAN IT 76 J 02008 02204 000100230804

Versamento su c/c postale n. 36024982 (specificando la causale) intestato a Quickline sas

On-line collegandosi al sito [www.quickline.it](http://www.quickline.it) (pagamento con carta di credito)