



Università degli Studi di Torino

Scuola di Dottorato in Scienze Umane
Dottorato di Ricerca in Scienze Psicologiche, Antropologiche e dell'Educazione
XXXII Ciclo

Tesi di Dottorato

Disforia di Genere nell'età Adulta:
Studio delle Esperienze Infantili
Avverse e della Mentalizzazione

Dottoranda

Dott.ssa Sarah Finzi

Tutor

Prof. Fabio Veglia

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 – La Disforia di Genere	4
1.1 La complessità dell'identità sessuale e dell'identità di genere	4
1.2 Evoluzione dell'inquadramento del fenomeno e dei criteri diagnostici	6
1.3 Epidemiologia: Prevalenza e Incidenza	10
1.4 La prospettiva eziologica biopsicosociale dell'Identità di Genere	11
1.5 La presa in carico degli adulti con DG: Il percorso di transizione in Italia	16
Capitolo 2 – Condizioni associate e variabili connesse alla Disforia di Genere	21
2.1 Difficoltà psicosociali associate, comorbidità e co-occorrenze con i disturbi psicopatologici	21
2.2 Attaccamento, Trauma e Dissociazione nella Disforia di Genere	24
2.2.1 Disforia di Genere e Attaccamento	24
2.2.2 Disforia di Genere e Trauma	28
2.2.3 Disforia di Genere e Dissociazione	31
2.3 Disforia di Genere e Mentalizzazione	33
2.3.1 Qualità delle relazioni di attaccamento e capacità di mentalizzazione: il ruolo del rispecchiamento	33
2.3.2 Gli effetti del trauma sulle capacità di mentalizzazione	36
2.3.3 Differenze di genere nelle capacità di mentalizzazione	37
2.3.4 Il ruolo del rispecchiamento nella Disforia di Genere	41
2.3.5 La co-occorrenza tra Disforia di Genere e Disturbi dello Spettro Autistico: le difficoltà nella Teoria della Mente	42
Capitolo 3 – La Ricerca	45
3.1 Introduzione alla ricerca	45
3.2 Metodo	47
3.2.1 Disegno della Ricerca e Procedure	47
3.2.2 Strumenti	49
3.2.3 Il campione	53
3.2.4 Analisi dei dati	54
3.3 Risultati	59
3.3.1 Risultati Studio 1: “Attaccamento, Esperienze Infantili Avverse e Dissociazione in un Campione di Adulti con Disforia di Genere”	56
3.3.2 Risultati Studio 2: “La Mentalizzazione nella Disforia di Genere”	63
3.4 Discussione	69
3.4.1 Discussione dello Studio 1	66
3.4.2 Discussione dello Studio 2	71
3.5 Limiti e Direzioni Future	74
Conclusioni	76
Bibliografia e Sitografia	79

Introduzione

Il presente progetto di dottorato di ricerca si è svolto all'interno di un più ampio progetto di ricerca, svolto in forma di collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, il gruppo di ricerca del prof. Veglia, la Fondazione Carlo Molo Onlus ed il Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Molinette di Torino (C.I.D.I.Ge.M.), presso la struttura complessa di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo.

Il protocollo di ricerca più ampio sta coinvolgendo un campione di individui adulti transgender afferenti al C.I.D.I.Ge.M.. I partecipanti alla ricerca vengono reclutati all'origine del programma di adeguamento medico e/o chirurgico (T0) e seguiti lungo due follow-up: il primo (T1) a distanza di 6-8 mesi dall'inizio del trattamento ormonale gender-affirming, il secondo (T2) a distanza di 12 mesi dall'intervento di allineamento chirurgico (Riassegnazione Chirurgica del Sesso).

Questo progetto di dottorato si riferisce esclusivamente al T0 e ad alcuni casi, tra gli afferenti che in forma volontaria hanno deciso di prendere parte alla ricerca, che hanno intrapreso il trattamento ormonale.

L'obiettivo del lavoro è stato quello di indagare, all'interno di un campione con Disforia di Genere, gli stati della mente rispetto all'attaccamento, l'eventuale presenza di esperienze avverse in età evolutiva e l'eventuale presenza di sintomatologia dissociativa. Inoltre è stata esplorata la mentalizzazione in termini di Teoria della Mente, Funzionamento Riflessivo ed empatia.

Nel primo e secondo capitolo viene delineato il background teorico riferito alla Disforia di Genere in relazione ai costrutti sopra citati, mentre nel terzo ed ultimo capitolo viene descritta la ricerca, suddivisa in due studi intitolati rispettivamente "*Attaccamento, Esperienze Infantili Avverse e Dissociazione in un Campione di Adulti con Disforia di Genere*" e "*La Mentalizzazione nella Disforia di Genere*".

1. La Disforia di Genere

1.1 La complessità dell'identità sessuale e dell'identità di genere

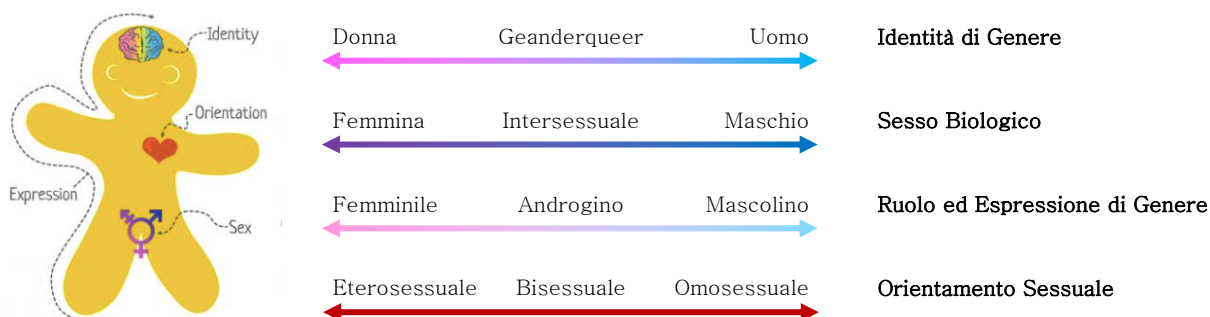
Secondo un'ottica binaria le tipologie di presentazione sessuale, definite in base al corpo biologico, sono quella maschile, che definisce gli uomini, e quella femminile, che definisce le donne. Non sempre, però, il sesso biologico, l'identità di genere, il comportamento sessuale, il ruolo di genere ed il riconoscimento sociale vanno di pari passo tra loro.

L'identità è un costrutto estremamente complesso. Molti modelli teorici hanno cercato di rispondere all'interrogativo riguardante cosa fosse l'identità. Ad esempio alcuni approcci, come quello essenzialista, hanno considerato fondamentale il focus su elementi stabili che spiegassero e regolassero lo sviluppo e il dispiegarsi dell'identità, altri, come quello costruttivista, si sono focalizzati sul modo in cui differenti elementi socio-culturali e dell'esperienza individuale potessero influenzare la costruzione dell'identità (Bizjak et al., 2015). Lo sviluppo dell'identità è maggiormente comprensibile se inteso come continuum in evoluzione costante (Erikson, 1968; Kroger, 2007). A partire dagli anni '90 del secolo scorso, il femminismo e l'approccio queer, in opposizione al binarismo di genere ed all'approccio essenzialista, hanno evidenziato come l'identità possa essere in realtà fluida e frutto di un processo di negoziazione col contesto socioculturale (Jourian, 2015).

Seguendo questa prospettiva è evidente quanto l'identità possa essere multifaccettata e complessa. Ad esempio, l'identità sessuale è una delle numerose componenti che definiscono l'identità e può essere identificata come l'esito di molteplici fattori di tipo organico, psicologico, culturale e sociale da cui emerge la percezione soggettiva di sé come individuo sessuato. La letteratura è concorde sul fatto che l'identità sessuale non sia immutabile e che possa evolversi, influenzata da numerose variabili (Bancroft, 2009).

Numerosi autori (Lev, 2004; Jourian, 2015) hanno ripreso il modello di Shively e De Cecco (1977), che appare uno dei più accreditati, secondo cui l'identità sessuale si articolerebbe in quattro componenti principali: sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale. Questo tipo di modello multidimensionale risponde all'esigenza di superare la prospettiva tradizionale essenzialista in cui la dicotomia tra maschile e femminile si articola su queste due polarità in opposizione tra loro, statiche e determinate dalla biologia (Jourian, 2015). La **Figura 1** mostra la complessità di questo modello multidimensionale dell'identità sessuale in cui le differenti variabili, che si muovono su diversi continuum, interagiscono tra loro, pur mantenendo un certo grado di autonomia, nel dispiegamento dell'identità sessuale individuale.

Figura 1: Il modello multidimensionale dell'Identità Sessuale



da Lev, 2004

Il *sexo biologico* è determinato da complessi processi fisiologici che influenzano l'anatomia e la differenziazione sessuale. È suddiviso in sesso genotipico, riferito ai cromosomi sessuali, e sesso fenotipico, relativo all'aspetto dei genitali interni ed esterni ed a quello dei caratteri sessuali secondari (Lev, 2004).

L'*identità di genere* consiste nella percezione psicologica del proprio genere. Sesso e genere non corrispondono alla medesima variabile, ma a due variabili separate. Per questo può presentarsi la condizione di allineamento o di non allineamento (APA, 2013). Quando è presente un allineamento tra le due variabili, l'individui è definito come *cisgender*. Nel caso in cui si presenti un'incongruenza tra le due si parla di *gender incongruence* (non conformità di genere), o di individuo *gender variant*. In questo caso l'individuo viene definito *transgender*, non identificandosi con i normali stereotipi di genere maschile e femminile. Questo è un termine ombrello, sotto il quale si presentano molteplici manifestazioni dell'identità sessuale, tra cui quella degli individui *transessuali*, che desiderano o hanno compiuto una transizione sociale e/o somatica opposta al sesso assegnato alla nascita. Quando l'incongruenza di genere porta a vivere l'individuo uno stato di sofferenza si parla di Disforia di Genere (APA,2013; Beek et al., 2016).

Il *ruolo di genere* consiste nell'espressione della mascolinità e/o femminilità individuale, comprendendo le varie condotte ritenute socialmente e culturalmente attribuibili ed adeguate ad un determinato genere (Shively e De Cecco, 1977; Dettore et al., 2015). Pertanto, se l'identità di genere consiste nell' esperienza intima del proprio genere, il ruolo di genere è l'espressione pubblica di tale identità (Money e Ehrhardt, 1972).

La predisposizione a provare attrazione, implicando sia la dimensione fisica sia quella romantica/affettiva, verso individui del sesso opposto, del proprio sesso o

di entrambi definisce l'*orientamento sessuale* (LeVay, 2015). Risulta più corretto parlare di orientamenti sessuali, come evidenziato già da Kinsey e colleghi (1948).

1.2 Evoluzione dell'inquadramento del fenomeno e dei criteri diagnostici

In letteratura si ritrova traccia della descrizione del fenomeno a partire dagli anni '20 del secolo scorso. Il primo a citare il *transsessualismo* è stato Hirschfeld, che però non ne ha dato una descrizione sistematica. Nel 1949 venne poi descritto per mano di Caldwell il caso di una persona nata femmina che esprimeva il desiderio di essere un maschio. L'autore denominò questo fenomeno con la dicitura *Psychopatia Transsexualis*, descrivendo l'angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico al punto da desiderare di modificarlo chirurgicamente. Solo grazie ai primi studi pionieristici di Benjamin, endocrinologo e sessuologo, venne finalmente attribuita la dovuta attenzione al fenomeno del transsessualismo. Nella sua opera "*The Transsexual Phenomenon*" (1966), descrisse per la prima volta una sindrome fino ad allora praticamente sconosciuta alla comunità scientifica. Egli parlò di transsessualismo come una condizione a sé stante dal travestitismo e dall'omosessualità, definendo gli individui transessuali come quelle persone che desideravano intraprendere un percorso di adeguamento del proprio corpo all'identità di genere esperita. Benjamin propose per primo una presa in carico in cui era previsto l'utilizzo degli ormoni cross sex e della chirurgia per consentire il suddetto adeguamento.

La trasformazione fenotipica tramite trattamento ormonale divenne possibile grazie alla sintesi del dietilstilbestrolo nel 1938 e con l'isolamento del testosterone nel 1935. Da quel momento iniziarono a vedere la luce le prime cliniche dedicate all'identità di genere e nel 1979 venne fondata la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, ora nota come *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), che in quell'anno pubblicò la prima versione degli *Standards of Care* (SOC; Coleman et al., 2011), le prime linee guida per la presa in carico delle persone transgender, arrivate attualmente alla loro settima versione (<https://www.wpath.org/publications/soc>).

La prima definizione di identità di genere è stata formulata da Money e Ehrhardt (1972) i quali la descrissero come "il senso di sé stesso, l'unità e la persistenza della propria individualità maschile e femminile intesa come esperienza di percezione sessuata di sé stessi e del proprio comportamento" (p.4). Il lavoro di Money è stato fondamentale per la comprensione delle caratteristiche relative al ruolo di genere. Il genere ed il sesso sono stati ben distinti da Stoller (1968), che ha evidenziato come questi due costrutti si sviluppino in maniera interconnessa, pur avendo una propria indipendenza. Gli studi che si sono man mano susseguiti hanno evidenziato la complessità del costrutto, partendo dalle sue componenti cognitive fino alle variabili affettive e sociali in interazione con esse, con la salute mentale ed il benessere dell'individuo in generale (Beek et al., 2016).

Rispetto all'inquadramento diagnostico e la presenza di questo fenomeno nei manuali diagnostici, numerose sono state le controversie e i dibattiti che hanno

portato all'attuale definizione di Disforia di Genere presente nel DSM 5 (APA, 2013). L'American Psychiatric Association (APA), di pari passo al progresso della ricerca e grazie anche alle prese di posizione dei professionisti e delle associazioni, ha rivisto numerose volte l'inquadramento diagnostico del fenomeno, apportando diverse modifiche nelle varie concettualizzazioni della diagnosi.

Il fenomeno del transessualismo venne presentato per la prima volta nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM III – APA, 1980). L'approccio adottato dal manuale era di tipo descrittivo e ateoretico con diagnosi basate sulla sintomatologia e le evidenze scientifiche. Venne introdotta una sezione dedicata ai *Disturbi Psicoseessuali* in cui, per la prima volta, compariva il *Transessualismo*, all'interno della categoria *Disturbi dell'Identità di Genere*, accompagnato dal *Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia* e dal *Disturbo dell'Identità di Genere Atipico*.

Nella revisione del manuale del 1994 (DSM IV, APA) vengono introdotti alcuni cambiamenti, successivamente confermati nel DSM IV-TR (2000). Le precedenti etichette di *Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia* e *Transessualismo* vengono racchiuse in un'unica categoria denominata *Disturbo dell'Identità di Genere*, in venivano distinti due set di criteri: uno per i bambini e l'altro per gli adolescenti e gli adulti (Zucker e Spitzer, 2005). Inoltre introdotto il criterio che poneva l'accento sul disagio clinicamente rilevante associato al (APA, 1994).

La nuova categoria denominata *Disforia di Genere*, presente nella quinta ed ultima versione del DSM, a differenza della precedente etichetta, pone l'accento sull'incongruenza, più che sull'identificazione dell'individuo col sesso opposto a quello di (APA, 2013). Per la prima volta, dunque, si assiste alla dichiarazione di uscita dalla prospettiva binaria, considerando dimensionale l'identità di genere e includendo le persone di genere non binario o *genderqueer* (Byne et al., 2018).

La *Disforia di Genere* nel DSM 5 viene quindi definita come “sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato” (APA, 2013, p.528). I criteri diagnostici sono suddivisi in due set: il primo è specifico per i bambini, mentre il secondo per gli adolescenti e gli adulti (**Tabella 1.1**). Ulteriori due categorie fanno parte della medesima sezione, ovvero la *Disforia di Genere con altra specificazione* e la *Disforia di Genere senza specificazione*, usate nei casi in cui i soggetti non soddisfino pienamente i criteri necessari per la diagnosi.

La *Disforia di Genere* (DG) si manifesta con differenti peculiarità in base all'età dell'individuo, al sesso biologico e al grado di accettazione del contesto familiare e sociale (APA, 2013). Nell'età evolutiva si fa riferimento agli atteggiamenti osservabili. Ad esempio, si focalizza l'attenzione sulla scelta dell'abbigliamento, delle attività, dei giocattoli, dei ruoli interpretati nei giochi di fantasia e dei compagni di gioco, che tendono ad allontanarsi dalle caratteristiche stereotipicamente attribuite al genere assegnato alla nascita. Inoltre si può presentare un rifiuto dei genitali e l'espressione del desiderio di avere quelli dell'altro sesso (APA, 2013). Tra i criteri per la diagnosi rientra, appunto, “*un forte desiderio di appartenere al genere opposto*

o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto, o ad un genere alternativo diverso dal genere assegnato” (APA, 2013, p.528). Con l’aumentare dell’età tale desiderio può acuirsi, fino ad arrivare al “vero e proprio desiderio di vivere come un membro dell’altro sesso” (Diani & Rigobello, 2016, p.30).

Tabella 1.1

Criteria diagnostici per la Disforia di Genere negli adolescenti e adulti (302.85) secondo il DSM 5 (pp.529; APA, 2013).

-
- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).
 2. Un forte desiderio di liberarsi dalle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso da un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
 3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
 4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di notifica: codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se:

Post transizione: l’individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o fallo plastica in un individuo nato femmina).

La pubertà rappresenta un momento fondamentale per lo sviluppo dell’identità di genere, visti i cambiamenti fisici che evolveranno nel corso di tutta l’adolescenza assieme alla scoperta della propria sessualità e ai molteplici cambiamenti nell’ambiente sociale, influenzando la traiettoria di sviluppo (Steensma et al., 2013).

Il desiderio di allinearsi al genere esperito come proprio può permanere nel corso del tempo e nell’età adulta, manifestandosi attraverso l’acquisizione del ruolo di genere desiderato, spesso accompagnato dal disagio nel momento in cui il contesto respingente richieda di comportarsi in modo conforme al proprio sesso biologico (APA, 2013). Le persone con DG, quando questo desiderio si tramuta in impellenza, possono esperire la necessità di liberarsi dei caratteri sessuali primari e/o secondari del proprio corpo, cercando di adeguarli all’identità di genere percepita, intraprendendo il percorso di transizione medico-chirurgico (APA, 2013). Tuttavia, il bisogno di apportare cambiamenti al proprio corpo non è sempre presente e, per questo motivo, può essere impiegata esclusivamente una transizione sociale e/o anagrafica (APA, 2013).

La necessità di due set di criteri diagnostici per bambini e per adolescenti e adulti dipende dalle differenze fenomenologiche e dall'osservazione che la maggior parte dei casi di Disforia di Genere in età evolutiva viene meno con l'inizio della pubertà (Steensma et al., 2013; Drescher, 2014 a). La persistenza della DG fino all'età adulta, secondo la visione attuale, dipenderebbe da fattori quali l'intensità della Disforia di Genere e dei comportamenti gender variant in età evolutiva (Steensma et al., 2013).

L'ultima versione del manuale (DSM 5, APA, 2013) ha suscitato molteplici dibattiti. Le posizioni assunte, sia da parte dei professionisti della salute mentale sia da parte di esponenti delle comunità LGBTQI, sono state divergenti e si sono articolate attorno a tre controversie principali. Il primo motivo di dibattito è stata l'idea di rafforzamento dello stigma per la popolazione trans connesso alla presenza di una diagnosi psichiatrica contrapposta alla necessità di mantenerla per mantenere la certezza di un accesso alla presa in carico, non determinata dalle possibilità economiche del singolo; il secondo ed il terzo riguardavano più propriamente l'età dello sviluppo, concentrandosi sul mantenimento di una diagnosi di genere nell'infanzia e sul trattamento dei giovani transgender in età prepuberale (Drescher, 2014 a). Rispetto al primo motivo di dibattito il problema è sorto dal fatto che il Manuale, come descritto dal titolo stesso, contiene al suo interno esclusivamente disturbi mentali. La Task Force interpellata sull'argomento ha optato per il mantenimento di una diagnosi, sia per i minori sia per gli adulti, in modo da assicurare e garantire l'accesso alle cure e la copertura delle spese sanitarie. Tuttavia è stato scelto di modificare il nome dell'etichetta e le sue specifiche interne per ridurre lo stigma associato, sottolineando come l'incongruenza di genere non sia di per sé patologica. La possibilità di stigmatizzazione dovuta alla presenza di una diagnosi psichiatrica prescinde dal discorso sull'identità di genere, ma nel caso degli individui transgender aumenta la probabilità di essere oggetto di discriminazione e ostracismo, oltre ad essere motivo di malessere psicologico e non solo sociale (Drescher, 2014 a; Drescher 2014 b).

Le posizioni degli specialisti, non sono tra loro omogenee rispetto alla presenza di una diagnosi inerente l'identità di genere, infatti, seppur tendenzialmente orientate verso l'idea che l'inclusione all'interno di un manuale diagnostico sia di per sé stigmatizzante (Drescher, 2010), non mancano le opinioni secondo cui ricevere un inquadramento diagnostico, già a partire dall'età evolutiva e in adolescenza, possa essere un fattore rassicurante per le persone transgender e le loro famiglie (Vargas-Huicochea et al., 2018).

Come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO, *World Health Organization*), la popolazione transgender molte volte nel corso della storia è stata vittima di ostracismo e stigmatizzazione, con la messa in atto di veri e propri abusi da parte degli operatori sanitari, ad esempio con le terapie riparative (WHO; 2015), anziché con il più adeguato supporto che dà l'opportunità di intraprendere un processo decisionale informato per una scelta individualizzata e soggettiva (Drescher, 2010; Coleman et al., 2011). Già nel passaggio dal *Disturbo dell'Identità*

di Genere del DSM IV-TR all'attuale classificazione di *Disforia di Genere* del DSM 5 emergeva la necessità di una prospettiva depatologizzante di tale fenomeno.

La classificazione diagnostica delle condizioni legate all'identità di genere, dunque, è molto cambiata nel corso degli anni. Essa è andata modificandosi di pari passo alla concettualizzazione del fenomeno di incongruenza di genere, ovvero la condizione in cui l'identità percepita non è allineata al sesso assegnato alla nascita, tipicamente osservabile nelle persone transgender. La mancanza di conoscenza di questo fenomeno ha fatto sì che la sua classificazione all'interno dei manuali diagnostici sia stata spesso volte motivo di controversie nelle diverse riedizioni di tali manuali.

Nell'undicesima versione del ICD (International Classification of Diseases, WHO, 1992) approvata quest'anno dall'OMS, sono presenti numerosi cambiamenti rilevanti, inclusi quelli relativi alla terminologia, ai contenuti e al posizionamento delle condizioni inerenti allo sviluppo sessuale e di genere (Winter et al., 2019). In particolare, nell'ICD-11 vi è un capitolo specificatamente dedicato alla salute sessuale, all'interno del quale vengono racchiuse varie condizioni, in precedenza raggruppate in differenti classificazioni o descritte diversamente. Ad esempio, *l'incongruenza di genere*, nella versione attuale, viene collocata in questo nuovo capitolo, sottolineando quindi l'importanza di non includere più tale fenomeno all'interno del capitolo dedicato alla salute mentale (ICD-11, The Lancet, 2019). Il Disturbo dell'Identità di Genere dell'ICD-10 (1992) ha lasciato quindi il passo alla ri-concettualizzazione del fenomeno in termini di *Incongruenza di Genere* (Reed et al., 2016). L'intento di questa riclassificazione e ri-concettualizzazione consiste nel consentire una riduzione dello stigma associato alle varianze di genere, consentendo comunque l'accesso alle terapie deputate all'affermazione di genere, quando necessarie (Tangpricha et al., 2017), tutelando dunque l'accesso ai servizi sanitari con maggior sicurezza, rispetto alle precedenti ipotesi di inserimento nella sezione dedicata ai "fattori che influenzano lo stato di salute" o di completa eliminazione della condizione dai manuali diagnostici (Drescher et al., 2016).

1.3 Epidemiologia: Prevalenza e Incidenza

L'incongruenza di genere è una condizione rara, anche se negli ultimi anni è stato riscontrato un notevole aumento dei tassi di afferenza alle cliniche specializzate (Zucker, 2017). L'OMS stima che la popolazione transgender costituisca lo 0.3-0.5% della popolazione mondiale, corrispondente circa 25 milioni di persone. Secondo le stime dell'APA (2013), la prevalenza oscillerebbe tra il 0.005% a l 0.014% per gli individui nati maschi e tra lo 0.002% allo 0.003% per gli adulti nati femmine. Per quanto riguarda il rapporto tra i sessi, pare che nei bambini la prevalenza sia a favore degli individui assegnati al genere femminile alla nascita (AFAB), raggiungendo la parità nel corso dell'adolescenza e andando a favore degli individui assegnati al genere maschile alla nascita (AMAB), in età adulta, con un tasso variabile da 1:1 a 6.1:1, ad eccezione del Giappone e della Polonia, dove la sex ratio stimata è invertita (APA, 2013). Tuttavia, lo studio dell'epidemiologia in questo campo è di estrema

difficoltà ed è infatti possibile fare riferimento ai campioni costituiti da persone transgender che si rivolgono alle cliniche specializzate, escludendo parti di popolazione che rientrano nella categoria ombrello, come le persone genderqueer, chi decide di intraprendere un percorso di transizione con modalità alternative a quelle previste dalle gender clinics o che non desidera intraprendere alcun percorso (Zucker & Lawrence, 2009; Byne et al., 2018). Per l'appunto, utilizzando strumenti self report, è stato registrato un tasso di prevalenza maggiore, che varia dallo 0.5 al 1.3% rispetto ai dati relativi ad adulti afferenti ai centri specializzati (Zucker, 2017).

I dati riferiti all'Europa occidentale non differiscono di molto, indicando una prevalenza che varia da 1:11900 a 1:45000 per individui AMAB e da 1:30400 a 1:200000 per individui AFAB (WPATH, 2011). Secondo due metanalisi, tale fenomeno sarebbe meno raro di quanto si pensi. La prima, condotta nel 2007 (Olyslager & Conway) riportava una prevalenza tra 1:1000 e 1:2000, mentre la seconda e più recente (Arcelus et al., 2015) riportava una prevalenza della DG tra 1:14705 per le AMAB e da 1:38461 per gli AFAB.

Nel contesto italiano la prevalenza oscilla tra 1:68278 per le AMAB e 1:245356 per le AFAB (Caldarera et al., 2011). A partire da maggio 2018 è partito il primo studio di sanità pubblica a livello italiano per identificare la dimensione, lo stato di salute e gli specifici bisogni della popolazione transgender in Italia. Il numero di accessi alle cliniche specializzate è in costante aumento, il che rende evidente l'urgenza di valutare le necessità cliniche e di cura per poter pianificare una presa in carico adeguata alle specificità della popolazione (CS N°13/2018 – ISS; <https://ufficiostampa.iss.it>)

1.4 La prospettiva eziologica biopsicosociale dell'Identità di Genere

Attualmente, lo sviluppo e il dispiegarsi dell'identità di genere sono comprensibili attraverso un modello teorico biopsicosociale, che tiene conto dei contributi scientifici in materia degli ultimi decenni relativamente al contesto biologico, psicologico e sociale, considerandoli elementi interconnessi e con una relazione di reciproca influenza. Si ritiene che la complessa interazione tra natura e cultura stia alla base dello sviluppo dell'identità di genere nelle sue traiettorie normative e atipiche.

Nonostante numerose conoscenze sui molteplici fattori (biologici, psicologici, sociali) che intervengono in questo processo di sviluppo, rimangono ancora molti interrogativi su come essi concorrano, si modifichino e influenzino la possibile insorgenza di DG (De Vries et al., 2014).

Fattori biologici

Le principali differenze tra maschi e femmine sono di natura biologica e organica, riconducibili alle caratteristiche genotipiche e fenotipiche. Molte ricerche sugli animali hanno indagato gli effetti organizzatori degli ormoni sulla differenziazione sessuale cerebrale e comportamentale, attribuendo un ruolo chiave

al testosterone, in particolare nell'indurre comportamenti stereotipici del ruolo di genere maschile. Alcuni studi hanno evidenziato che l'estradiolo gioca un ruolo fondamentale nel processo di differenziazione sessuale del cervello in direzione femminile e che, pare, l'aromatasi sia coinvolto nella trasformazione del testosterone in estradiolo (Bakker, 2014; Klink e Den Heijer, 2014). Un importante corpus di studi sugli individui con Disordine dello Sviluppo Sessuale (DSD), ovvero casi in cui anomalie congenite alterano la normale produzione di androgeni, a livello cromosomico, gonadico e/o anatomico, alterando così anche lo sviluppo sessuale tipico, ha fornito molteplici informazioni essenziali. In caso di DSD i livelli elevati di testosterone prenatale possono influenzare lo sviluppo dell'identità di genere in senso maschile, ma non in maniera totalitaria, come si osserva in casi di iperplasia surrenale congenita (CAH) e della sindrome da completa insensibilità agli androgeni (CAIS) (Jordan-Young, 2012; De Vries et al., 2014). Pare quindi che gli ormoni sessuali abbiano un'influenza nell'espressione del comportamento di genere, ma non è chiaro se e come intervengano nello sviluppo dell'identità di genere (APA, 2013; De Vries et al., 2014).

È stato indagato, tramite studi sull'ereditabilità gemellare, anche il ruolo dei geni implicati nella sintesi e nell'azione degli steroidi sessuali. In particolare, è stato compreso il ruolo dell'espressione genica dei geni X e Y sullo sviluppo delle cellule non gonadiche, manifestandosi nella differenziazione sessuale del loro funzionamento. Pertanto, la componente genetica pare abbia un ruolo, ma non pare ci sia un gene specifico implicato nello sviluppo della Disforia di Genere (Klink e Den Heijer, 2014).

Alcuni studi postmortem su individui transessuali, hanno evidenziato l'esistenza di nuclei cerebrali sessualmente dimorfici. Nello specifico si tratta della porzione centrale del nucleo della stria terminale (BSTc) e il nucleo interstiziale dell'ipotalamo anteriore (INAH3), che presentano caratteristiche morfologiche simili a quanto osservato in individui del genere sperimentato e di sesso biologico opposto (Zhou, Hofman, Gooren e Swaab, 1995; Garcia-Falgueras e Swaab, 2008). Pertanto, è possibile ipotizzare che lo sviluppo atipico di questi nuclei possa far parte di una rete più ampia che sostiene a livello strutturale e funzionale lo sviluppo dell'identità di genere, pur non essendo ancora a conoscenza del ruolo specifico che questi effettivamente svolgono in tal senso (Zhou et al., 1995; Garcia-Falgueras e Swaab, 2008; De Vries et al., 2014). Gli studi di neuroimaging forniscono ancora risultati contrastanti, ma secondo gli esperti dell'ambito saranno il contesto entro il quale si amplieranno le conoscenze riguardo i meccanismi biologici sottostanti l'insorgenza della Disforia di Genere (De Vries et al., 2014).

Fattori psicologici

La percezione di sé come individuo sessuato si sviluppa attraverso diverse fasi con un processo complesso che affonda le sue radici già in età precoce. Kohlberg (1966) ha ipotizzato che il bambino, attraverso un modello cognitivo-evoluzionista suddiviso in diverse fasi, acquisisce la capacità di riconoscere il genere proprio e altrui. Inizialmente imparerebbe l'identificazione del genere (*gender labeling*), dopo

di che riconoscerebbe che il genere ha una certa stabilità nel tempo (*gender stability*) e che non dipende meramente dagli atteggiamenti che ognuno mette in atto (*gender consistency*). Questa abilità, nota come costanza di genere, secondo l'autore, maturerebbe attorno ai 6-7 anni, ma alcuni studi più recenti anticiperebbero la sua maturazione già attorno ai 3-4-5 anni (Bem, 1989; Slaby & Frey, 1975). Questo processo di maturazione è stato osservato anche nei bambini con sviluppo atipico dell'identità di genere, confermando che non ci siano differenze qualitative nell'acquisizione della costanza di genere (Zucker et al., 1999).

Il bambino interagisce col mondo esterno tramite la realizzazione di schemi cognitivi, tra cui quelli inerenti al genere, che gli consentono di organizzare le informazioni su di sé e sull'identità sessuale, influenzando l'elaborazione delle informazioni e il comportamento (Martin et al., 2002). Attualmente viene posta maggiore attenzione alle componenti soggettive, per cui gli atteggiamenti sarebbero influenzati sia dagli schemi di genere che dalle qualità individuali del singolo (Liben e Bigler, 2002).

Secondo alcune teorizzazioni passate, andavano considerati anche alcuni fattori non specifici, come ad esempio la presenza di depressione, ansia o traumi di un familiare, potrebbero influenzare lo sviluppo durante particolari fasi sensibili dello sviluppo. Questi fattori non specifici, avrebbero contribuito all'aumento dell'ansia del bambino che, per gestirla, come soluzione avrebbe utilizzato le fantasie di appartenere all'altro sesso. Anche fattori specifici, come la sintonizzazione selettiva da parte dei genitori per i comportamenti tipici del sesso opposto espressi dal bambino, erano da tenere in considerazione come possibili fattori intervenienti nello sviluppo di una varianza di genere (Coates & Cook, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Un'altra condizione su cui era stata posta l'attenzione era quella in cui un bambino maschio proponeva comportamenti femminili, offrendosi alla madre in sostituzione alla perdita di una figlia precedente o di un altro familiare il cui lutto non era stato superato (Zucker & Bradley, 1995). Secondo gli stessi autori, il desiderio materno per una figlia femmina aumentava dopo la nascita di figli maschi, condizionando la modalità di interazione col bambino maschio. Un'altra teoria, proposta da Coates e Cook, considerava che i padri potevano essere inconsciamente gratificati dagli atteggiamenti femminili di un figlio nato maschio, come soddisfacimento di propri bisogni che gli erano stati negati, ad esempio da una madre poco accessibile; al contempo, avrebbero distanziato il figlio per negare qualsiasi somiglianza tra sé ed il bambino (2001). Un'altra teorizzazione passata spiegava la DG in questo modo: le bambine con DG, percepivano il padre come una figura aggressiva, abusante e svalutante nei confronti delle donne; al contempo la madre era percepita come incapace o anch'essa svalutante nei confronti delle donne. In questa cornice, l'identificazione con il sesso del padre avrebbe contrastato l'identificazione con una figura svalutata o sarebbe stata una difesa per sé stessa e la madre. Secondo gli autori, l'identificazione con l'aggressore sarebbe stata una strategia difensiva che avrebbe fatto sentire la bambina più sicura (Zucker, Bradley, 1995; Di Ceglie, 1998; Coates & Cook, 2001).

Drescher (2010) ha riassunto le molteplici ipotesi eziologiche, di stampo psicologico, implicate nel caso di un'identità di genere non conforme, che diversi

autori hanno proposto nel corso degli anni: Money, sulla base dell'esperienza clinica avuta con alcuni bambini caratterizzati da una condizione di intersessualità, ipotizzò che l'identità di genere trovasse la sua genesi dall'influenza dei fattori ambientali; Green considerò tale condizione derivante dalla presenza di una nevrosi o di una psicosi; Stoller si focalizzò invece sulle dinamiche familiari.

Secondo Stoller (1975), l'identità non conforme al genere assegnato alla nascita era causata: nel bambino maschio da una relazione primaria madre-bambino simbiotica che non permetteva al padre di proporsi come figura con cui identificarsi e producendo quindi un imprinting femminile che consolidava nel maschio l'identità di genere femminile; nel caso delle nate femmine, invece, la mascolinità era indotta da depressione o inadeguatezza della madre, contrastate dall'atteggiamento supportivo e incoraggiante da parte del padre, visto come figura identificatoria. Stoller riteneva che, sia maschi che femmine, partivano da una matrice primaria di profemminilità, determinata dall'identificazione primaria con la madre, da cui il bambino maschio doveva disidentificarsi per costruire un'identità di genere maschile. In conclusione, parlava di "troppa madre", considerando quindi una mancata separazione-individuazione del bambino rispetto ad essa. Questo provocava una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di una varianza di genere negli individui di sesso maschile (Peron & Ovesey, 1974).

Cohen-Kettenis e Gooren (1999) hanno ipotizzato che ulteriori fattori potrebbero intervenire nell'eziologia della condizione, come ad esempio l'assenza del padre, la preferenza della madre per un figlio dell'altro sesso, soprattutto nel caso di madri di figli geneticamente maschi che avrebbero desiderato avere delle figlie al loro posto, o, ancora, uno sviluppo sessuale atipico dei genitori.

Il proseguo degli studi in quest'ambito ha condotto a considerare l'identità di genere come un costrutto multidimensionale, in cui la componente cognitiva ne costituisce solo una parte. Egan e Perry (2001) propongono infatti un modello a cinque dimensioni che sono identificabili in: consapevolezza di appartenenza, tipicità di genere, contentezza di genere, pressione percepita alla conformità di genere e centralità di genere. La prima indica la componente cognitiva, inizialmente identificata da Kohlberg (1966), ovvero il riconoscimento del genere di appartenenza (Tobin et al., 2010). Le altre quattro dimensioni, riguardano invece la sfera affettiva. La tipicità di genere indica il livello di somiglianza agli altri individui appartenenti al proprio genere. Questa è una componente importante specialmente per i bambini e per gli adolescenti, che traggono un senso di sicurezza dall'appartenenza ad un gruppo (Egan & Perry, 2001; Veglia, 2013). La contentezza di genere indica la soddisfazione legata all'appartenenza al proprio genere e, assieme alla precedente, influenza il benessere e l'adattamento. La pressione percepita alla conformità di genere indica la percezione interna di spinta al doversi adeguare agli stereotipi culturalmente associati al genere. Questa variabile in particolare influenza negativamente l'adattamento psicosociale in età infantile (Egan & Perry, 2001). L'ultima dimensione consiste nella centralità di genere, ovvero il peso che la componente genere ha per il singolo nella costruzione del concetto di sé, soprattutto in età prescolare, tuttavia non è ancora chiaro come essa interagisce con le altre variabili nel processo di formazione dell'identità di genere (Tobin et al., 2010).

Fattori sociali

I teorici dell'apprendimento sociale hanno mostrato sin dall'inizio un particolare interesse per lo sviluppo dell'identità di genere e hanno cercato di comprendere il ruolo che l'ambiente ha nell'influenzare tale processo. La prospettiva cognitivo- sociale dello sviluppo e del funzionamento del ruolo di genere, in tal senso, ha integrato in un'unica cornice teorica variabili psicologiche e socio strutturali, sostenendo che il comportamento dell'essere umano possa essere spiegato attraverso un meccanismo di "determinismo reciproco triadico" (Bussey e Bandura, 1999, p. 685) nel quale sono coinvolti comportamenti (behaviour), cognizioni e percezioni personali (personal cognition and perceptions) e ambiente esterno (external environment). L'interazione reciproca tra le variabili sopracitate non è stabilita a priori, bensì ognuna assume un peso relativo in base alle attività, alle situazioni e alle opportunità offerte dall'ambiente (Bussey e Bandura, 1999).

Le informazioni relative al genere vengono trasmesse ai bambini sotto forma di conoscenze e competenze, di aspettative sociali e standard comportamentali che permettono di conformarsi al ruolo di genere congruente al proprio sesso biologico, e di convinzioni di autoefficacia, che consentono al bambino di sentirsi competente nelle attività stereotipicamente associate al proprio genere (Bussey e Bandura, 1999). In quest'ottica, un peso rilevante è stato attribuito al sistema di credenze relative al genere che permea il contesto familiare e influenza il comportamento e gli atteggiamenti del bambino (De Vries et al., 2014). In termini di modalità di acquisizione e interiorizzazione di tali informazioni, tre sono le strategie possibilmente implicate, di cui la principale è il modellamento, definito da Bussey e Bandura (1999) come "uno dei mezzi più pervasivi e potenti per trasmettere valori, atteggiamenti, modelli di pensiero e comportamento" (p.686); accanto ad esso sono stati individuati l'esperienza delle conseguenze del comportamento tipizzato di genere e l'insegnamento diretto dei ruoli di genere.

Un'analisi dei fattori sociali coinvolti nello sviluppo dell'identità di genere non può prescindere dal considerare il contesto culturale più allargato, in quanto ogni nazione presenta delle peculiarità che influenzano la creazione degli schemi di genere e dei ruoli di genere, visibili ad esempio nelle diverse preferenze dei bambini nella scelta di attività e giocattoli (De Vries et al., 2014).

Alcuni studi hanno preso in esame anche la popolazione con Disforia di Genere in presenza o assenza di disturbo dello sviluppo sessuale. Money e colleghi (1955) sono stati tra i primi ad evidenziare l'importanza dell'ambiente nel processo di acquisizione dell'identità di genere, attribuendogli un peso predominante nella dialettica natura-cultura. Attualmente tale teoria non ha ricevuto sostegno empirico, ma il contributo che ha dato in merito alla comprensione di tale processo non può essere diminuito (De Vries et al., 2014). Celebre è il caso di Bruce Reimer, un paziente seguito da Money a cui da piccolo fu asportato il pene durante una circoncisione non ben riuscita e fu allevato come femmina con il nome di Brenda, il quale però non riuscì mai a identificarsi pienamente nell'identità di genere femminile al punto da richiedere una riassegnazione chirurgica per riacquisire la sua originaria identità maschile (Colapinto, 2000). Quello che per Money inizialmente fu il caso emblema a sostegno della sua teoria, si rivelò infine un fallimento.

Altri studi negli anni Settanta sullo sviluppo della Disforia di Genere nei bambini avevano evidenziato, come fattori sociali rilevanti, il desiderio materno di avere una bambina, la mancanza di un padre, i modelli di rinforzo da parte dei genitori, uno stile relazionale simbiotico da parte della madre, la presenza di una psicopatologia nei genitori. Tuttavia, nessuno di questi dati ha attualmente ricevuto un sostegno empirico sufficientemente forte da poter essere considerato valido (De Vries et al., 2014).

1.5 La presa in carico degli adulti con DG: Il percorso di transizione in Italia

Prima degli anni Settanta, il transessualismo era considerato al pari di un disturbo psicotico e in tal modo veniva trattato, attraverso l'uso di farmaci antipsicotici o di una terapia psicoterapica al fine di aiutare il paziente ad accettare il proprio sesso biologico (De Cuypere & Gijs, 2014). Il proseguire della ricerca ha portato sempre più ad ampliare il ventaglio degli approcci terapeutici possibili, includendo sia forme di terapia sia interventi di tipo medico, e a definire i primi standard di cura. La comunità scientifica ha riconosciuto l'importanza per gli individui transgender di accedere a cure del disagio percepito, a cui ovviare tramite sostegno psicoterapico ed interventi di tipo medico e chirurgico di riassegnazione di genere.

Il riconoscimento dell'identità *gender variant* come non patologica e la tutela dei diritti civili delle persone transgender sono la base su cui si erge il lavoro dei professionisti della salute che si occupano dell'argomento.

In accordo con la settima versione degli Standards of Care (SOC 7, Coleman et al., 2011), redatti dalla WPATH e condivisi dall'Osservatorio Nazionale Identità di Genere (ONIG – www.onig.it) e fondati su studi scientifici, il modello di presa in carico delle persone transessuali e transgender è “volutamente flessibile” (p.2), in modo da potersi adattare alle caratteristiche specifiche della persona richiedente cura. L'obiettivo primario degli Standards of Care è di “fornire una guida clinica per gli specialisti nell'assistenza alle persone transessuali, transgender e di genere non-conforme con percorsi efficaci e sicuri per garantire loro il duraturo benessere personale nel genere prescelto e per accrescere lo stato di salute generale, psicologico e di realizzazione personale” (Coleman et al., 2011; p. 1).

In Italia, il processo di transizione è regolato dalla legge del 14 aprile 1982, n. 164 denominata “Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”, la quale prevede l'emissione di una sentenza da parte del tribunale del luogo in cui il soggetto richiedente ha la residenza in modo da potersi sottoporre all'intervento chirurgico di riassegnazione di genere e avere la rettifica dei dati anagrafici. Negli ultimi anni è stata resa pubblica la necessità di modificare tale legge e adattarla alle nuove conoscenze in materia e alla nuova concezione di identità sessuale presentata in questo capitolo. Nel 2015 la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 15138/15, si è espressa in merito, sostenendo che non è necessario giungere ad una riassegnazione chirurgica completa per poter ottenere la rettifica anagrafica del sesso e del nome, in quanto il principale obiettivo della legge deve essere la tutela del diritto fondamentale alla salute, all'integrità psico-fisica e all'auto-determinazione di ogni individuo, nonché la difesa contro qualsiasi violazione della dignità umana. Successivamente, anche la Corte Costituzionale, con la sentenza n.221/2015 e

l'ordinanza n.185/2017, si è pronunciata sull' illegittimità costituzionale delle norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso, in particolare dell'art. 1 della legge n. 164 del 14 aprile 1982. Tale legge, infatti, ai fini della rettifica anagrafica, richiedeva la modifica dei caratteri sessuali primari, pregiudicando quindi la possibilità di esercitare il diritto personale alla propria identità sessuale, nello specifico all'identità di genere, forzando gli individui ad interventi medico/chirurgici fortemente invasivi.

In linea con le direttive nazionali proposte dall'ONIG, l'iter di transizione si articola in diverse fasi (Tabella 1.2), che non sono da intendersi in modo rigido, poiché ogni percorso è individualizzato e progettato per incontrare le esigenze dell'utente nella sua soggettività e individualità.

Tabella 1.2

Fasi del percorso di transizione secondo le linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG)

1. L'introspezione
 2. Il contatto con i professionisti
 3. Il percorso psicologico
 4. La terapia ormonale
 5. Il "test di vita reale" (RLT, Real Life Test)
 6. L'iter legale
 7. La RCS (riconversione chirurgica del sesso)
 8. Il re-inserimento sociale
 9. Il follow up (6 mesi, 1 anno, 2 anni dalla RCS)
-

Nel contesto italiano, il percorso di transizione parte da una prima fase di esplorazione dell'identità di genere e di psicodiagnosi, volta a comprendere le necessità e i bisogni specifici dell'individui legati alla presenza, o meno, della Disforia di Genere ed a diagnosticare eventuali comorbilità psichiatriche, accogliendo e sostenendo la persona afferente al centro specialistico. In questa fase i professionisti della salute mentale accompagnano la persona nell'esplorare la propria identità di genere nella sua specifica varianza e nel livello di disagio eventualmente associato ad essa.

In una fase preliminare, l'individuo deve essere informato sulla possibilità di accedere a più opzioni terapeutiche, tra cui il cambio di espressione e di ruolo di genere in linea con il genere esperito, la terapia ormonale, l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso e la psicoterapia individuale, familiare o di gruppo, volta a promuovere l'esplorazione della propria identità di genere e a ridurre il disagio legato a una possibile transfobia interiorizzata e alla mancanza di supporto da parte dei familiari e del contesto sociale allargato (Coleman et al., 2011; ONIG). È importante infatti, nella fase iniziale di valutazione, conoscere la storia della persona in modo da individuare possibili esperienze negative connesse a episodi passati e/o presenti di stigmatizzazione, discriminazione, violenza e valutarne l'impatto, così come scoprire la presenza di fattori protettivi, di reti sociali di supporto e di strategie

di coping a cui poter far ricorso (APA, 2015; Byne et al., 2018). L'intero percorso si articola secondo un modello di presa in carico multidisciplinare di tipo psicologico-psicoterapico e di tipo medico-endocrinologico. Nello specifico, il percorso psicologico-psicoterapico può essere considerato come una costante dell'intero iter, in quanto svolge una duplice funzione: esplorativo/diagnostica e terapeutica (ONIG). Se la funzione esplorativo/diagnostica è predominante nelle prime fasi del percorso, quella supportiva/terapeutica è coinvolta sia durante sia nei momenti successivi al termine del percorso.

In caso di DG i professionisti della salute mentale (psicologi e psichiatri) possono esprimere o meno parere positivo all'inizio del trattamento ormonale o, quando non richiesto, al solo adeguamento anagrafico (Godano et al., 2009; Coleman et al., 2011)

In parallelo viene eseguita una valutazione medico-endocrinologica attraverso un'accurata anamnesi patologica prossima, remota e familiare oltre a valutazioni biochimico-ormonali in modo da individuare eventuali patologie o condizioni mediche che controindicherebbero il trattamento ormonale *gender-affirming*. Nel caso di comprovata DG e in assenza di controindicazioni mediche, si può procedere alla somministrazione del trattamento ormonale. Il periodo in cui viene assunta la terapia *gender-affirming* è un periodo fondamentale della transizione in quanto la persona vive nel ruolo di genere esperito con il sostegno della terapia ormonale in questa fase nota come Real Life Experience (RLE o Test di Vita Reale), in cui esplora e valuta come si sente nel vivere nel ruolo esperito dovendo affrontare la quotidianità a tutti gli effetti nel contesto di appartenenza desiderato (Barker & Wylie, 2008).

In Italia, dopo una sentenza del 1997 del Tribunale di Torino (Tribunale Ordinario di Torino, Sez. VIII Civ., 06/10/1997), il trattamento ormonale può essere somministrato, previa approvazione dei professionisti della salute mentale e di medici endocrinologi, in assenza di autorizzazione da parte di un giudice. Ciò può avvenire se la persona presenta DG, è capace di esprimere il proprio consenso informato, ha raggiunto la maggiore età (salvo casi isolati e specifici) e, nel caso di problematiche riguardanti l'ambito medico o della salute mentale queste siano state approfondite e siano ben compensate.

Il trattamento ormonale nelle persone AMAB è volto all'attenuazione dei caratteri maschili secondari e all'induzione dei caratteri secondari femminili. Il trattamento femminilizzante si basa primariamente sull'impiego di composti estrogenici e antiandrogenici (**Tabella 1.3**).

Il trattamento endocrinologico negli individui AFAB tende a indurre la regressione dei caratteri sessuali secondari femminili e la comparsa di quelli maschili, tramite la somministrazione di androgeni, al fine di ottenere livelli sierici di testosterone nel range di normalità per un maschio biologico (**Tabella 1.3**).

Durante il periodo di RLE la persona viene accompagnata dai professionisti della salute mentale per valutare se per il proprio caso specifico sia necessario proseguire anche con l'intervento chirurgico volto all'allineamento dei caratteri sessuali all'identità di genere esperita. Dopo un congruo periodo di tempo (solitamente di 12 mesi), l'utente riceve dall'equipe curante (psicologica, endocrinologica e psichiatrica) la relazione attestante il percorso effettuato con la

quale, affiancat* da un legale, può fare richiesta al tribunale di competenza al nullaosta all'intervento chirurgico di affermazione del genere.

Tabella 1.3

Effetti del trattamento ormonale gender-affirming (Hembree et al., 2017)

Effetti degli ormoni femminilizzanti su soggetti AMAB

- Ridistribuzione del grasso corporeo
- Diminuzione della massa muscolare e della forza
- Assottigliamento della pelle e diminuzione della seborrea
- Diminuzione della libido
- Diminuzione delle erezioni spontanee
- Disfunzioni sessuali maschili
- Crescita del seno
- Diminuzione del volume testicolare
- Diminuzione della produzione spermatica
- Assottigliamento e crescita rallentata dei peli
- Crescita del capillizio

Effetti degli ormoni mascolinizanti su soggetti AFAB

- Aumento seborrea
 - Crescita dei peli facciali e corporei
 - Perdita di capelli
 - Aumento della massa e forza muscolare
 - Ridistribuzione del grasso corporeo
 - Cessazione delle mestruazioni
 - Ipertrofia clitoridea
 - Atrofia vaginale
 - Abbassamento del tono della voce
-

Solo dopo aver raggiunto la maggiore età, secondo la legge vigente, e dopo aver fatto un'esperienza di vita reale nel ruolo di genere desiderato, è possibile fare richiesta di tale intervento chirurgico, i cui effetti sono irreversibili (Coleman et al., 2011; ONIG). L'operazione chirurgica per le persone AMAB consiste nella penectomia ed orchietomia, seguite da vaginoplastica, clitoridoplastica e vulvoplastica. Spesso questi interventi vengono accompagnati anche da interventi plastici e otorinolaringoiatrici. Gli interventi per le persone AFAB constano di istero-annessectomia laparoscopica e mastectomia bilaterale a cui viene aggiunta la ricostruzione del penoide, tramite falloplastica o metoidioplastica, con eventuale inserimento di protesi peniena volta ad ottenere funzionalità erettile. Successivamente all'intervento l'individuo è in condizione di ipogonadismo primario iatrogeno per cui dovrà sottoporsi alla terapia ormonale sostitutiva con follow-up regolari (Coleman et al., 2011).

Al termine dell'iter medico e legale, prosegue il processo di reinserimento sociale, ossia di ricostruzione della propria vita sotto ogni profilo (sociale, relazionale, lavorativo) in modo da poter vivere nel genere adesso affermato in maniera completa, e di monitoraggio della situazione dal punto di vista sia medico sia psicologico (ONIG).

Dal percorso fin qui delineato si può evincere che lo sviluppo atipico dell'identità di genere richiede una valutazione che tenga conto della sua complessità in un'ottica biopsicosociale e una presa in carico attraverso un approccio integrato

che coinvolga sia professionisti competenti nel settore sia enti di base e specialistici, in modo da interessare la dimensione individuale, familiare e sociale del soggetto (Coleman et al., 2011; Massara et al., 2016).

2. Condizioni associate e variabili connesse alla Disforia di Genere

2.1 Difficoltà psicosociali associate, comorbidità e co-occorrenze con i disturbi psicopatologici

La percezione di una discrepanza tra il sesso assegnato alla nascita e quello sperimentato pone la persona, in ogni fascia d'età, in uno stato di sofferenza intrinseco, tale da influenzare la quotidianità e la capacità di relazionarsi nell'ambiente relazionale e sociale (APA, 2013).

Le persone con DG il più delle volte sperimentano la disforia come insostenibile, attribuendovi un impatto fortemente negativo sulle loro vite, anche dal punto di vista sociale e relazionale. Anche se i contatti e le relazioni familiari sono soddisfacenti, vi è un certo grado di disadattamento sociale o successo dal punto di vista lavorativo, il peso della DG può ostacolare, o addirittura danneggiare, il loro funzionamento psicologico e/o sociale. Gli studi che hanno indagato la prevalenza di disturbi psicopatologici e psichiatrici negli individui transgender hanno osservato tassi elevati di psicopatologia, e spesso una correlazione tra DG e compromissione a livello sociale e psicologico (Hepp et al., 2005; Dhejne et al., 2016). Rispetto a tale compromissione, sono stati identificati vari fattori intervenienti come, ad esempio, la stigmatizzazione sociale (Nuttbrock et al., 2009), la difficoltà nell'ottenere trattamenti appropriati o il rifiuto da parte della famiglia e degli amici (Factor & Rothblum, 2007; Ryan et al., 2009).

È stato osservato, in uno studio di follow-up (Dhejne et al., 2011), che la comorbidità e l'indice complessivo di mortalità per i pazienti con DIG risultano essere complessivamente superiori rispetto ai soggetti di controllo dello stesso sesso genetico. È stato evidenziato anche un aumento del rischio di tentativi anticonservativi e suicidari, nonché un tasso più elevato di assistenza ospedaliera psichiatrica nelle persone transgender rispetto alla popolazione generale. Anche il tasso di morte, in particolare per suicidio, risulta decisamente superiore rispetto ai soggetti di controllo. Molto spesso, in persone con DG, si osservano casi di abuso di sostanze (Xavier, 2000) e di disturbi alimentari, specialmente anoressia nervosa, il che ha fatto ipotizzare che la DG possa essere un fattore di rischio per alcune problematiche psicopatologiche (Hepp et al., 2005).

Sono emersi risultati contrastanti, inerenti alla psicopatologia, a seguito dei percorsi di transizione negli individui adulti. Sebbene i livelli di psicopatologia e di disturbi psichiatrici nelle persone trans al momento della valutazione all'inizio del percorso di transizione siano più elevati rispetto a quelli osservati nella popolazione cisgender, pare migliorino in seguito alla presa in carico delle cliniche specializzate, e in buona parte dei casi raggiungono valori normativi. Le psicopatologie rinvenute con maggior frequenza paiono essere i disturbi depressivi e d'ansia, mentre disturbi psichiatrici importanti, come la schizofrenia e il disturbo bipolare, paiono essere più rari e in linea con quanto si osserva nella popolazione generale. Pare quindi che le persone trans abbiano una maggiore vulnerabilità alla comorbidità psicopatologica,

ma che la presa in carico e i trattamenti gender-affirming abbiano un effetto migliorativo (Dhejne et al., 2016).

Non in tutti gli studi è stata evidenziata un'alta percentuale di comorbidità psicopatologica. In molti studi, infatti, è stato osservato che le persone T avevano un buon funzionamento psicologico, non inseribile nella gamma clinica. Si osserva che molti sono spesso occupati nel lavoro e affermano di avere delle relazioni affettive e un buon funzionamento sociale. In questi casi la sofferenza per l'incongruenza evidente tra il sesso anatomico e l'identità di genere esperita, non riconoscendo come proprie alcune parti del proprio corpo (Haraldsen & Dahl, 2000; Miach et al., 2000; Smith et al., 2001; Smith et al., 2005; Gómez-Gil et al., 2009; Seikowski et al., 2008).

Questo suggerirebbe che la compromissione sociale non sarebbe sempre associata con la varianza di genere e che la sofferenza associata alla condizione non deriverebbe esclusivamente e in tutti i casi dall'ostracismo sociale, nonostante sia evidente, da numerose testimonianze, fatti di cronaca e studi di ricerca, che le persone transgender affrontano uno stigma sistematico e pervasivo assieme a numerose discriminazioni, essendo maggiormente a rischio di pratiche di assunzione inadeguate, di licenziamenti illeciti, di svantaggi economici, di isolamento sociale e di atti di violenza fisica (Lombardi et al., 2001; Grant et al., 2010; Bockting et al., 2013; Budge et al., 2013; Matarazzo et al., 2014; Blosnich et al., 2015; Schvey et al., 2019). La relazione tra incongruenza di genere e la salute degli individui sembra essere moderata dal supporto sociale e dall'accettazione. Gli individui che condividono con gli altri la propria identità transgender e ricevono l'affermazione da parte degli altri di tale identità, sono a minor rischio di sofferenze relative alla salute mentale (Budge et al., 2013). Al contrario, la mancanza di un adeguato supporto sociale e sentimenti di appartenenza sono considerati solidi fattori di rischio di malessere, psicopatologia e suicidio tra i giovani adulti (Joiner et al., 2009). Pertanto, le persone transgender che non hanno attorno a loro un ambiente accettante, possono essere particolarmente vulnerabili allo stigma legato all'incongruenza di genere (Schvey et al., 2019). È facilmente intuibile come un ambiente non accogliente e rispecchiante la loro identità, fin dalla tenera età, potrebbe essere un fattore di rischio importante per lo sviluppo di sofferenze che meritano l'attenzione dei clinici (Bockting et al., 2013). A questo proposito, uno dei modelli utili a spiegare il disagio sperimentato dalle persone che presentano una condizione di varianza di genere è quello della Minority Stress Theory, secondo la quale, nei gruppi minoritari, la salute mentale è fortemente condizionata dalle esperienze di stigmatizzazione cui sono soggetti (Meyer, 2007). È stato ripetutamente dimostrato che le minoranze sessuali sono soggette ad elevati tassi di discriminazione e violenza, ed in particolare gli individui con varianza di genere, sui quali si ripercuotono gli effetti negativi di un ambiente sociale discriminatorio e stigmatizzante (Bockting et al., 2013; Scandurra et al., 2017).

Rispetto alle ricerche nella popolazione con DG nell'età dello sviluppo, fra le condizioni cliniche che più frequentemente si associano alla DG nei bambini è stata osservata l'ansia da separazione (Coates & Person, 1985; Zucker & Bradley, 1995).

Inoltre è stata osservata una sovra-rappresentazione di insicurezza dell'attaccamento nei bambini con DG, quando confrontati con i bambini senza varianza di genere (Birkenfeld-Adams, 2000). Nei genitori dei bambini con DG, spesso si osservano problemi nella regolazione affettiva (Bradley, 1995): nelle madri si presentano soprattutto sotto forma di depressione o ansia (Coates, 1991); nei padri sono riscontrabili sotto forma di ansia, depressione, abuso di sostanze e comportamenti violenti (Zucker & Bradley, 1995).

La maggioranza degli autori ha individuato una serie di problemi nei bambini e adolescenti con DG, non è chiaro però se questi problemi concorrano allo sviluppo del fenomeno o se sia la condizione stessa a causarne la presenza. I dati provenienti dall'esperienza clinica, in ogni caso, suggeriscono l'aggravarsi del quadro clinico complessivo durante l'adolescenza, specialmente se non c'è stata alcuna presa in carico e trattamento durante l'infanzia (Coates, & Cook, 2001; Di Ceglie et al., 2002). Zucker e colleghi (2002) nei loro studi hanno raccolto dei dati che evidenziano un effetto di cronicità, in quanto gli adolescenti risultano più sofferenti dei bambini. Da uno studio di Zucker del 1998 è emerso che ragazzi con DG mostrano problemi comportamentali maggiori rispetto al gruppo di controllo e rispetto ai propri fratelli. I disturbi psicopatologici del comportamento nei ragazzi con DG risultano positivamente correlati all'età; ciò potrebbe evidenziare che l'ostracismo sociale da parte del gruppo dei pari abbia un effetto aumentativo delle sofferenze e delle comorbilità associate alla DG (Zucker e Bradley, 1995).

Sia i ragazzi che le ragazze con DG, hanno mostrato tassi paragonabili a quelli di altri ragazzi di campioni clinici, ma superiori rispetto ai loro fratelli e a quelli di campioni non clinici, per quel che concerne i problemi comportamentali (Cohen-Kettenis et al., 2003; Zucker & Bradley, 1995). Gli adolescenti AMAB con DG mostrano una predominanza di disturbi internalizzanti piuttosto che esternalizzanti, mentre negli adolescenti AFAB il modello è più equamente distribuito rispetto a queste due tipologie di presentazione (Zucker & Bradley, 1995). Ci sono anche alcune evidenze in merito al fatto che i ragazzi con DG presentino tassi elevati di ansia di separazione (Coates & Pearson, 1985; Zucker & Bradley, 1995).

Le difficoltà a livello relazionale diventano maggiormente visibili durante l'adolescenza, come detto, ossia nel periodo in cui è inevitabile percepire la pressione sociale a conformarsi agli stereotipi di genere e il desiderio di accettazione da parte dei pari (Egan & Perry, 2001). Nei quadri di Disforia di Genere in età adolescenziale si possono riscontrare, infatti, casi di bullismo, stigma sociale, atti autolesionistici e una percentuale maggiore di disturbi internalizzanti rispetto a quelli esternalizzanti (Fisher et al., 2014). In età adulta, difficoltà ad interagire con il proprio ambiente familiare, amicale e lavorativo possono essere correlate a disoccupazione, impossibilità di avere una fissa dimora, esigenza di ricorrere a lavori di natura sessuale con il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (Diani & Rigobello, 2016; Byne et al., 2018).

È evidente che il fenomeno della discriminazione e della stigmatizzazione sociale è un problema che permea i vissuti dei soggetti transgender in ogni campo esperienziale al punto tale da divenire invalidante, impedendo la creazione di una

famiglia propria, la possibilità di adottare figli, di accedere ad una assistenza sanitaria adeguata e di fare esperienza di episodi di molestie, vittimizzazione e transfobia (APA, 2013). È stato registrato anche un aumento delle ideazioni suicidarie e di effettivi tentativi di suicidio, spesso come conseguenza dello stress a cui tali persone sono sottoposte, soprattutto in età adolescenziale (Byne et al.2018).

In termini di comorbidità, che è stata scoperta più recentemente e che sta attirando notevolmente l'attenzione dei ricercatori è quella tra la Disforia di Genere e i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA): attualmente non si è ancora giunti ad un'ipotesi esplicativa soddisfacente, ma allo stesso tempo il dato clinico evidenzia un aumento dei casi di DSA in co-occorrenza con la DG e questo è un motivo importante a favore del proseguire della ricerca (APA, 2013).

Come evidenziato in una trattazione di Bockting e colleghi (2006), e confermato da analisi più recenti della letteratura (Hafeez et al., 2017), è importante per il clinico riuscire a individuare nella storia del paziente transgender elementi quali ansia, depressione, autolesionismo, storie di abuso o di abbandono, compulsività, abuso di sostanze, problemi sessuali, disturbi della personalità, disturbi alimentari, disturbi psicotici e disturbi dello spettro autistico, in quanto potrebbero essere un ostacolo per il raggiungimento di uno stato di benessere psicologico (WPATH, 2011).

In breve, tutte le condizioni finora esposte possono essere valutate sia come conseguenze connesse alla discrepanza percepita, sia come effetto diretto dell'ostracismo sociale e della discriminazione, sia come fattori di rischio che incrementano la possibilità di sviluppare disturbi psicologici e psichiatrici rilevanti (Zucker et al., 2014; Dhejne et al., 2016). Tali letture non si escludono a vicenda, bensì possono essere integrate in un modello capace di considerare la sofferenza connessa alla Disforia di Genere in una prospettiva multifattoriale (Massara et al., 2016).

2.2 Attaccamento, Trauma e Dissociazione nella Disforia di Genere

2.2.1 Disforia di Genere e Attaccamento

Le sofferenze psicologiche e relazionali, come in parte descritto in precedenza, permeano spesso l'esperienza delle persone trans, fin dalla tenera età e nel dispiegarsi di tutta la loro vita. Nonostante ciò, il più delle volte la richiesta di supporto si concretizza nella richiesta di cambiamenti medico/chirurgici e solo raramente di supporto psicologico e di esplorazione dell'impatto degli eventi biografici. Secondo i SOC 7, la valutazione da parte dei professionisti della salute mentale è necessario per l'inizio di trattamenti ormonali e chirurgici per la DG (Coleman et al., 2011). Spesso, quindi, il ruolo dei professionisti della salute mentale è più inteso come quello di probabili ostacoli da dover convincere per poter ottenere gli interventi gender-affirming (Lev, 2004; Puckett, 2018).

Nonostante le implicazioni che le problematiche connesse al sistema motivazionale dell'attaccamento hanno sul benessere psicologico, affettivo e

relazionale, con l'impatto sulle rappresentazioni di sé, dell'altro e sulla possibilità dell'esplorazione di sé e del mondo esterno in condizioni di sicurezza (Bowlby, 1980, 1988; Liotti, 2005; Allen et al., 2010), poche ricerche sugli adulti con DG sono state sviluppate dal punto di vista della cornice dell'attaccamento, concentrandosi maggiormente su popolazioni di bambini con DG e sui loro genitori.

La cornice della teoria dell'attaccamento può essere utile nel comprendere alcune modalità di funzionamento delle persone con DG, potendo definire ulteriori necessità di presa in carico e strategie di supporto psicologico e psicoterapico. La DG rappresenta un fenomeno multifattoriale, che può presentarsi con diverse sfaccettature, ad esempio rispetto al modo in cui impatta sulla vita del soggetto e su quella della sua rete relazionale, condizionandone le dinamiche interne e il funzionamento. Questo fenomeno, come descritto in precedenza, è privo di una causa univoca a livello eziologico (de Vries, & Cohen-Kettenis, 2012). Numerose ricerche condotte tra gli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, però, ipotizzavano che le radici della DG risiedessero in alcune dinamiche familiari disfunzionali (Coates & Moore, 1997; Cohen-Kettenis, & Gooren, 1999). Alcuni autori hanno postulato che alla base della DG ci fossero state delle esperienze di situazioni traumatiche, quali abuso e/o maltrattamento da parte delle figure genitoriali durante l'infanzia, relazioni disfunzionali con madre e padre, presenza di disturbi psichiatrici nei genitori (Money, & Larnacz, 1984; Stoller, 1985; Money, 1986; Zucker, & Kuksis, 1990; Marantz, & Coates, 1991; Zucker, & Bradley, 1995), concependo la DG come un'estrema forma di difesa attuata dall'individuo per fare fronte a eventi traumatici sperimentati (Coates, & Person, 1985; Devor, 1994; Di Ceglie, 1998). Per questo motivo sono stati proposti degli interventi volti a modificarle (Di Ceglie, 1998; Zucker, 2005), cadendo spesso nel rischio di elaborare approcci riparativi, atti implicitamente, se non esplicitamente (Martin, Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), ad eliminare il fenomeno dell'incongruenza tra il genere esperito e quello assegnato alla nascita (Drescher, 2009). Tale trattamento non è più considerato in alcun modo etico nonché deontologicamente e scientificamente corretto (Coleman et al., 2011).

Per comprendere meglio l'associazione tra DG e variabilità del funzionamento psicologico, andrebbe considerato che l'intolleranza sociale per l'incongruenza di genere (transfobia) ne sia mediatore (Ristori & Steensma, 2016). Pare infatti che la variabilità del funzionamento psicologico nei bambini disforici sia inversamente correlata all'intensità dell'intolleranza sociale sperimentata. In questa prospettiva diviene fondamentale concentrarsi sui potenziali fattori di protezione, utili a contrastare l'impatto dell'intolleranza sociale vissuta (Shiffman et al., 2016). In particolar modo, una percezione di supporto all'interno della propria famiglia e/o da parte degli amici ridurrebbe il grado di compromissione psicosociale (Simons et al., 2013). Risulta quindi evidente il ruolo delle relazioni d'attaccamento e, nonostante le evidenze scientifiche in merito alla loro rilevanza, la ricerca sull'impatto dell'ambiente familiare e sulle relazioni primarie di persone con DG è tutt'ora scarsa.

Per quanto riguarda i dati raccolti circa i pattern di attaccamento prevalenti in bambini e adolescenti con DG, emerge un più alto tasso di insicurezza nei ragazzi disforici rispetto alla popolazione normativa (Goldberg, 1997). È inoltre emersa

un'associazione negativa, sia nei soggetti AMAB che AFAB, tra il costrutto di "contentezza di genere" con l'attaccamento evitante e, soltanto negli AMAB, con attaccamento ansioso-ambivalente (Cooper et al., 2013). Pare, quindi, che i bambini con DG siano a maggior rischio di sviluppare un pattern di attaccamento insicuro, anche se non c'è univocità sulla tipologia di questa insicurezza (DeKlyen & Greenberg, 2016). È necessario notare, però, che non sempre vi sia continuità e causalità univoca tra i vari pattern di attaccamento e la psicopatologia (Daniel, 2010; Sroufe et al., 1999), pertanto è necessaria molta cautela, all'interno dell'ambito clinico, nel considerare le esperienze di vita infantile e adulta come responsabili di esiti psicopatologici successivi.

Uno strumento che si presta ad identificare lo stato della mente di un soggetto adulto, il quale è intrinsecamente legato alla sua storia di attaccamento, è l'Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1985). L'AAI si basa sul presupposto che i processi di elaborazione delle informazioni sono influenzati dai MOI che si sono formati in età infantile e che, attraverso meccanismi da ricondurre al funzionamento della percezione, dell'attenzione e della memoria, sono stati resi stabili (Bowlby, 1980, 1988). L'obiettivo dell'intervista non è quello di fare un resoconto dettagliato e assolutamente attendibile di quanto sia avvenuto durante l'infanzia: ciò che conta è il modo in cui il soggetto si pone mentre racconta la propria storia. Le domande che vengono poste hanno come obiettivo, infatti, quello di far riattivare il sistema di attaccamento, al fine di condurre a risposte capaci di evidenziare come le informazioni relative all'attaccamento siano organizzate a livello conscio e inconscio. Il presupposto è che i ricordi dolorosi o traumatici portino a un'alterazione dei processi attentivi e mnestici, con un conseguente effetto sulla modalità di racconto e organizzazione dei fatti. Ne consegue, dunque, che la rappresentazione che si ha di sé e degli altri, ossia i MOI, emerga non solo da cosa viene narrato, ma anche, e soprattutto, dal come lo si faccia (Attili, 2009). La codifica del protocollo, pertanto, si basa sia sulla narrazione delle proprie esperienze sia sullo stile narrativo: è proprio da queste due dimensioni che emerge una misura dei MOI, in quanto esse rivelano il modo con cui i pensieri e i ricordi sono strutturati, dando conto di un'organizzazione cognitiva che è specifica rispetto alla qualità delle prime relazioni tra genitore e figlio.

L'utilizzo dell'AAI permette di raggruppare gli intervistati in differenti categorie di attaccamento, le quali corrispondono ad altrettanti stili narrativi (Hesse, 2008). In modo simile a quanto avviene per l'infanzia, in cui i bambini attraverso la SS (Ainsworth et al., 1969) possono essere classificati in quattro categorie di attaccamento (Ansioso-Evitante, tipo A; Sicuro, tipo B; Ansioso-Ambivalente, tipo C; Disorganizzato/Disorientato, tipo D), anche gli stati della mente relativi all'attaccamento adulto vengono classificati, per mezzo dell'AAI, in quattro gruppi (Hesse, 2008; Main et al., 1998):

Sicuro (F, Free): si tratta di un individuo capace di accedere con facilità ai ricordi connessi all'attaccamento, i quali sono narrati in maniera organizzata, chiara e spontanea, fornendo una rappresentazione coerente e ben integrata delle relazioni di attaccamento;

Distanziante (Ds, Dismissing): si tratta di un individuo caratterizzato da uno stato della mente rispetto all'attaccamento che è ricco di idealizzazioni o svalutazioni, entrambe scarsamente sostenute da ricordi di episodi specifici, e soventi "vuoti di memoria", ossia difficoltà a richiamare alla memoria eventi o esperienze connesse all'attaccamento;

Preoccupato (E, Entangled): si tratta di un individuo caratterizzato da sentimenti di rabbia, con frequenti oscillazioni tra valutazioni positive e negative della figura di attaccamento, nei confronti della quale l'individuo è emotivamente invischiato;

Irrisolto (U, Unresolved): si tratta di un individuo caratterizzato da lacune nel controllo della qualità del ragionamento e del discorso. Il soggetto può fornire, ad esempio, affermazioni poco credibili relative alle cause e alle conseguenze di eventi traumatici connessi all'attaccamento; frequente perdita di memoria rispetto ai traumi collegati all'attaccamento; momenti di confusione o di silenzio quando si tratta di rispondere a domande specifiche che riguardano esperienze precoci traumatiche e di perdita. I fallimenti del monitoraggio del pensiero e del discorso durante la discussione di perdite o traumi subiti durante l'infanzia suggeriscono delle temporanee alterazioni della coscienza e della memoria, le quali rappresentano di fatto delle interferenze sullo stato mentale attuale, le quali deriverebbero da ricordi traumatici che sono stati dissociati dalla coscienza ordinaria, continuando tuttavia a influenzare lo stato mentale (Liotti et al., 2011). Nella classificazione dell'AAI, alla categoria U viene sempre associata una delle altre tre categorie principali, al fine di fornire una definizione più esaustiva dell'intervista nel suo complesso.

Non Classificabile (CC; Cannot Classify): si tratta della situazione in cui sono presenti oscillazioni tra due o più stati della mente contraddittori rispetto all'attaccamento (ad esempio, distanziante e preoccupato) o cambiamenti nelle strategie di attaccamento nel bel mezzo dell'intervista o rispetto a diverse figure di attaccamento (Main et al., 1998).

Semplificando, le categorie organizzate sono la F (sicura), la Ds (insicura) e la E (insicura); le categorie disorganizzate sono la U, con una disorganizzazione mentale e un disorientamento che si attivano durante la discussione di una specifica area di indagine riguardante i traumi (lutti e/o abusi sessuali e/o fisici) e la CC, la quale presenta un collasso più generalizzato delle strategie mentali.

L'AAI è nata e si è sviluppata come uno strumento la cui applicazione riguarda prevalentemente l'ambito della ricerca. Negli ultimi anni, tuttavia, alcuni autori hanno incominciato a utilizzarla anche all'interno dei contesti diagnostici e clinici (Steele, & Steele, 2008). L'intervista si è rivelata infatti un utile strumento per la rilevazione di informazioni relative sia al contesto evolutivo sia ai processi di sviluppo dell'individuo, i quali sono inevitabilmente interconnessi con le esperienze traumatiche da lui vissute (come lutti e abusi), le quali richiedono spesso molti colloqui prima di emergere nei resoconti dei pazienti. Le modalità con cui l'intervista viene somministrata permettono, infatti, l'instaurarsi di uno scambio relazionale in

cui il soggetto si sente libero di condividere le proprie esperienze evolutive con qualcuno che è fortemente interessato ad ascoltarle e comprenderle, cosa che potrebbe risultare già di per sé capace di produrre un certo grado di sollievo alla sofferenza di alcuni individui. L'AAI permette di identificare il clima emotivo all'interno del quale il paziente è cresciuto, permettendo al clinico di conoscere meglio il mondo interno e gli schemi di rappresentazione di sé in relazione all'altro di colui che ha di fronte, avendo così a disposizione un quadro generale delle dinamiche relazionali che il paziente potrà mettere in atto durante la psicoterapia (Muscetta et al., 1999). Date queste premesse, l'AAI ben si presta al contesto di ricerca e clinico con pazienti che hanno subito traumi o eventi di vita stressanti: per questo motivo, il più delle volte, si è scelto di utilizzare questo strumento nello studio di soggetti transgender.

Gli studi condotti sulla tipologia di pattern di attaccamento prevalente nei genitori di bambini con DG, ha evidenziato una prevalenza di stati della mente di tipo insicuro con punteggi elevati alla scala dell'Irrisoluzione rispetto a lutti e/o traumi. Secondo gli autori dello studio, questi risultati suggeriscono che i genitori con DG possano porsi come elementi spaventanti piuttosto che come basi sicure (Coates & Cook, 2001).

Tra gli studi compiuti su campioni di adulti con DG compare lo studio di Vitelli e Riccardi (2010), in cui è emersa un'alta percentuale di stati della mente non risolti/disorganizzati e insicuri. Le percentuali relative ai pattern insicuri osservate da Vitelli e colleghi (2010) sono risultate simili a quelle raccolte in campioni clinici e superiori a quanto osservato nei campioni normativi (Van IJzendoorn, 1996). Secondo Vitelli e Riccardi (2010) i tassi di pattern evitante (Ds) nel gruppo DG erano simili a quelli osservati nei campioni clinici analizzati da Van IJzendoorn (1996), mentre nel loro campione osservavano una prevalenza maggiore di pattern invischiati (E) rispetto a quanto è stato riscontrato nei campioni clinici. Per quanto concerneva gli stati della mente disorganizzati (U), la percentuale osservata (39%) era simile a quella riscontrata da Van IJzendoorn (1996) nei campioni clinici (40%), ma superiore rispetto a quella dei campioni normativi (18%).

La ricerca di Vitelli e colleghi (2010) rappresenta un primo tentativo, pionieristico, di porre in relazione il fenomeno della DG con le variabili connesse all'attaccamento. I dati raccolti dagli autori hanno poi trovato conferma anche negli studi condotti successivamente da Colizzi e colleghi (2013), in cui il 70% del campione con DG presentava pattern di tipo insicuro, da Giovanardi e colleghi (2018) e da Cussino e collaboratori (2019), che osservavano questa tipologia di pattern rispettivamente nel 73% e nel 92% dei casi nel loro campione con DG.

2.2.2 Disforia di Genere e Trauma

All'interno del dibattito moderno circa la Disforia di Genere, al fine di comprendere al meglio lo sviluppo di un pattern di attaccamento disorganizzato e la sua associazione con l'incongruenza di genere, è stato analizzato come fattore di rischio la presenza di eventi traumatici. Particolare attenzione in ricerche passate è

stata data agli abusi fisici: in un campione con DG canadese (Gehring & Knudson, 2005) si è evidenziato che la metà dei partecipanti avesse esperito eventi sessuali non desiderati, generalmente perpetrati da coetanei.

I risultati ottenuti da diversi studi, hanno spinto la comunità scientifica a rivedere le ipotesi eziologiche precedentemente elaborate (Bancroft, 2002; Coates, 1990), negando dunque la presenza di un'associazione tra eventi traumatici infantili e sviluppo successivo della DG come diretta conseguenza, nell'ottica di ipotizzare invece che la condizione stessa di incongruenza di genere sia un fattore di rischio per lo sviluppo di reazioni avverse e di ostracismo sociale e familiare (Gehring & Knudson, 2005).

Le esperienze traumatiche sarebbero, in un certo senso, maggiormente probabili per la mancanza di accettazione nell'ambiente familiare e sociale di un'identità di genere variante, che renderebbe il soggetto maggiormente vulnerabile (Ristori & Steensma, 2016).

Tra le variabili psicosociali che si intersecano con i vissuti traumatici e l'incongruenza di genere, si possono annoverare esperienze di pregiudizio, discriminazione e violenza. Le persone transgender, infatti, possono essere concepite come una minoranza di genere e, come avviene per le altre minoranze sessuali (gay, lesbiche e bisessuali), si scontrano con una società etero-normativa (Hershberger, & D'Augelli, 1995). Coloro i quali non rientrano in questa struttura rigida sono spesso soggetti a stigmatizzazione (Herek, 2007). In questo caso si parla di transfobia, per riferirsi alle pratiche discriminatorie e violente legate al genere a causa di credenze negative, atteggiamenti, paura irrazionale e avversione per le persone transgender, con conseguente formazione e uso di stereotipi e pregiudizi (Hill, & Willoughby, 2005; Mizock, & Lewis, 2008). Alcune ricerche hanno evidenziato come la transfobia possa essere considerata un fattore chiave per l'aumento dei tassi di problemi di salute mentale e di suicidio tra gli individui transgender (Bockting et al., 2013; Hellman et al., 2002; Kidd et al., 2011).

Da una ricerca è emerso come la vittimizzazione sociale ricevuta sia correlata al periodo di coming-out: prima i giovani transgender rivelavano la loro identità di genere, più vittimizzazione verbale transfobica sperimentavano da parte dei loro genitori (Grossman et al., 2006). Confrontando coloro che erano maggiormente "atipici" nell'identità di genere con quelli che lo erano meno, si è riscontrato che i primi sperimentavano maggiore vittimizzazione verbale da parte della società e, soprattutto, da parte dei loro genitori (Grossman et al., 2006). Ciò corrisponde alla constatazione di Burgess (1999), secondo cui il grado di reazione negativa da parte dei genitori alla notizia relativa all'identità trans del figlio, di solito, corrisponde al grado di non conformità di genere. Lo stesso autore ha anche evidenziato che quando i giovani rivelano la loro identità transgender ai genitori, la famiglia può reagire con comportamenti estremi, quali abusi verbali, emotivi e fisici, fino a costringere i giovani ad uscire da casa, abbandonandoli (Burgess, 1999). Ne consegue che alcuni giovani trans possano sperimentare un senso di enorme solitudine e di abbandono all'interno delle loro stesse abitazioni a causa del disagio condiviso nell'ambiente

familiare e della vergogna di non essere stati in grado di compiacere le volontà e i desideri del genitore.

I dati ottenuti dallo studio canadese sopra citato, nel quale si richiedeva di riportare le esperienze infantili stressanti (Stressful Childhood Experiences, SCE) occorse prima dei 15 anni, evidenziavano che il 77% del campione fosse stato maltrattato verbalmente, l'81% fosse stato insultato, il 55% aveva provato imbarazzo di fronte agli altri ed il 58% si fosse sentito costretto a sentirsi in colpa da parte degli stessi genitori (Gehring, & Knudson, 2005).

Questo tipo di esperienze sono notoriamente associate a numerosi esiti negativi per la salute, come sintomi psichiatrici, malattie fisiche, abuso di alcol e droghe, nonché esperienze di vittimizzazione (Schneeberger et al., 2014). Il soggetto che vive una di queste esperienze potrebbe non riuscire ad attuare adeguate strategie di coping per farvi fronte e potrebbe quindi sviluppare condotte internalizzanti ed esternalizzanti. In particolar modo, in persone che hanno vissuto SCE, sono stati riscontrati alti tassi di ideazione suicidaria, pianificazione del suicidio durante il corso della vita e tentativi suicidari (Nuttbrock et al., 2010), risultati peraltro in linea con quelli ottenuti negli anni precedenti, in cui il tasso relativo al tentativo di suicidio nella popolazione transgender si attestava al 32% (Clements-Nolle et al., 2006).

Gli abusi verbali, emotivi e fisici sono connessi ad una maggiore probabilità di sviluppare disturbi connessi a situazioni traumatiche (Herman, 2005). All'interno delle minoranze sessuali è più probabile osservare la presenza di esperienze traumatiche (Brown & Pantalone, 2011) e anche il rischio di insorgenza di un Disturbo da Stress Post Traumatico pare essere aumentato (Roberts et al., 201; Havar et al., 2015). Anche la coesistenza di altri disturbi psichiatrici, come disturbi dell'umore o d'ansia, che risultano essere frequenti nella popolazione con DG (Dhejne et al., 2016), può aumentare la vulnerabilità individuale contro la morbilità del disturbo da PTSD (Sadock et al., 2007).

Kersting e colleghi (2003), in uno studio su un campione di persone transessuali, hanno riscontrato la presenza di un quantitativo notevole di esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia, come ad esempio abusi psicologici e trascuratezza emotiva. Pare che la presenza di queste esperienze venga spesso sottostima in riferimento all'infanzia e alle dinamiche con i familiari e molto più spesso viene ricondotta solamente all'ambiente esterno, a partire dall'ostracismo sociale già osservabile negli ambienti scolastici.

Vitelli e Riccardi (2010) hanno identificato una correlazione significativa tra un pattern di attaccamento irrisolto o disorganizzato ed eventi traumatici familiari avvenuti prima della nascita del soggetto o durante i suoi primi dieci anni di vita. Inoltre hanno osservato un alto tasso di esperienze di trauma complesso intercorse nei primi 10 anni di vita, derivanti dalla perdita di una figura di attaccamento o dall'aver subito abusi fisici o sessuali.

Secondo un lavoro antecedente, elaborato da Cook (1999), i traumi irrisolti erano presenti in entrambi i genitori e riguardavano per lo più tematiche di genere.

L'ipotesi conseguente fu che la problematica di genere potesse essere già presente, ma in uno stato silente, nella generazione precedente e che si manifestasse, attraverso la DG, solamente nella generazione successiva (Stoller, 1968). Cook (1999) ipotizzò che il trauma irrisolto delle madri pregiudicasse la vicinanza emotiva con i figli, i quali avrebbero reagito mettendo in atto i comportamenti tipici del genere opposto in modo da attrarre a sé la madre; contemporaneamente il bambino si sarebbe trovato a relazionarsi con un padre incapace di fornire cure alternative e che, a sua volta, si distaccava da lui. Questo punto di vista, più di tipo eziologico e sorpassato, si discosta da quello di Vitelli e Riccardi (2010), i quali riportavano invece un'assenza di tematiche di genere collegate ai casi di trauma o perdita.

Analizzando i dati più recentemente raccolti da Giovanardi e colleghi (2018), l'alta presenza di classificazioni U e CC ha confermato l'associazione tra pattern disorganizzati e DG, precedentemente identificata già in studi antecedenti (Vitelli et al., 2010; Lingiardi et al., 2017). La disorganizzazione è riscontrabile dalle rotture localizzate, tipiche delle classificazioni U, nelle strategie narrative riguardanti le perdite e/o gli abusi subiti e da una rottura globale relativa al sistema dell'attaccamento lungo l'intero trascritto dell'AAI, tipica delle classificazioni CC, consistenti, ad esempio, dalla mancanza di coerenza autobiografica e integrazione, con relativa difficoltà nel collegare tra loro gli elementi passati e presenti della propria storia personale e nell'impossibilità di riferire ritratti bilanciati delle figure di attaccamento (Lyons Ruth & Jacobvitz, 2008).

I fenomeni sopra descritti sono attribuibili ad un ambiente di cura severo e/o trascurante durante l'infanzia, il quale potrebbe aver minato il senso personale di sicurezza. In questo senso, già Cook (1999) aveva identificato la presenza di un ambiente familiare trascurante, spiegandolo però come la causa di insorgenza della DG. Nel campione di Giovanardi e colleghi (2018), tramite l'utilizzo del Complex TQ (Vergano et al., 2015) si è evidenziata la presenza di numerosi maltrattamenti e abusi durante l'infanzia e la prima adolescenza, osservando un alto tasso di polivittimizzazione e trauma complesso. Da questo studio sono emerse alcune differenze nel rapporto delle persone con DG con il padre e la madre. Gli individui con DG, rispetto ai rapporti con le madri, risultavano essere stati meno trascurati, rifiutati, abusati, psicologicamente e fisicamente, e avevano assistito a una minore violenza domestica rispetto ai campioni clinici di individui polivittimizzati, ma che non presentavano la condizione di DG (Finkelhor et al., 2007). Al contrario, i rapporti con i padri erano disfunzionali e compromessi in maniera simile a quanto osservato nei campioni clinici. Sarebbe dunque proprio la compromissione delle relazioni con i caregivers a spiegare l'alto tasso di disorganizzazione dell'attaccamento (Giovanardi et al., 2018).

2.2.3 Disforia di Genere e Dissociazione

Negli ultimi vent'anni si è evidenziato come l'esperienza di sviluppo disorganizzante con un caregiver che non si presenta come base sicura, ma anzi è motivo di profondo terrore perché trascurante, rifiutante o maltrattante, sia alla base

dello strutturarsi della dissociazione (Liotti & Farina, 2011). Liotti (1992), in particolare, notò una certa corrispondenza tra i comportamenti disorganizzati e contraddittori, osservati alla Strange Situation (Main & Hesse, 1990) nei bambini che si relazionavano a caregivers per loro traumatizzanti (Main & Solomon, 1990), e la fenomenologia degli stati dissociativi osservata negli adulti. È stato quindi ipotizzato che l'esperienza paradossale di necessità essere rassicurati attraverso la vicinanza al genitore, esso stesso fonte della paura, ripetuta nel tempo attraverso pattern relazionali contraddittori, inducesse nel piccolo degli stati simili alla trance (Liotti, 1992; Liotti & Farina, 2011).

La reiterazione tipica del trauma complesso (Herman, 2005), in cui queste esperienze relazionali avverse si verificano ripetutamente e cumulativamente, intrappolando l'individuo in una situazione senza via di uscita e rendendolo soverchiato, inerme ed impotente, sono alla base dello sviluppo della disorganizzazione e della vulnerabilità allo sviluppo di sintomatologia dissociativa (Van der Kolk, 2015; Herman, 2005; Farina & Liotti, 2013). Gli stati dissociativi e la disorganizzazione rappresenterebbero la presenza di una non integrazione e di un senso di sé non coeso, risultante dal collasso dei processi diadici precoci, su cui si radica lo sviluppo della personalità (Liotti, 1992 citato in Speranza, 2018). Per giungere ad un disturbo dissociativo vero e proprio, la vulnerabilità iniziale deve essere accompagnata dal presentarsi di un trauma complesso, alternativamente le esperienze dissociative, che si dispiegano lungo un continuum con qualità, frequenze ed intensità variabili, possono comunque presentarsi (Kihlstrom, 2005). La disorganizzazione dell'attaccamento, dunque, è considerabile come un fattore di rischio per lo sviluppo di aspetti tra loro dissociati, osservabili in diversi disturbi, rappresentando un meccanismo nel quale l'esperienza traumatica relazionale precoce, costellata di differenti esperienze avverse, diviene un fattore di vulnerabilità individuale (Liotti, 1999; Carlson et al., 2009)

Tra le diagnosi psicopatologiche frequentemente associate alla DG è stata riscontrata anche la presenza di disturbi dissociativi (Campo et al., 2003; Colizzi et al., 2015). In uno studio del 2015 è stato evidenziato che tra i partecipanti allo studio, che soddisfacevano i criteri per la DG, si presentava un alto tasso di episodi depressivi maggiori, tentativi suicidari ed esperienze traumatiche infantili. Queste condizioni tendevano a presentarsi con maggior frequenza nel sottogruppo che presentava un disturbo dissociativo (Colizzi et al., 2015). Sembrerebbe quindi sussistere una relazione tra DG e sintomatologia dissociativa, la quale potrebbe essere dalla maggior vulnerabilità a condizioni di violenza e privazione emotiva all'interno di campioni di persone trans (Gehring et al. 2005; Kersting et al., 2003).

Dagli studi di follow-up è emersa una diminuzione dell'incidenza dei disturbi dissociativi in seguito alla riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Successivamente alla RCS, i sintomi dissociativi apparivano diminuiti, in particolar modo quando non associati a situazioni traumatiche vissute durante l'infanzia (Colizzi et al., 2015), confermando così le precedenti ricerche condotte a riguardo dell'influenza positiva della RCS sul miglioramento della salute mentale (Cole et al.,

1997) e ipotizzando che la RCS potesse favorire nell'individuo lo sviluppo un senso di completezza (Walling et al., 1998).

2.3 Disforia di Genere e Mentalizzazione

Per poterci addentrare nella tematica della mentalizzazione all'interno della DG ci sembra utile proporre un breve excursus sulle peculiarità di questo costrutto e sulle condizioni associabili ad esso ed alla DG.

2.3.1 Qualità delle relazioni di attaccamento e capacità di mentalizzazione: il ruolo del rispecchiamento

La qualità delle relazioni di attaccamento sperimentate nella prima infanzia ha importanti conseguenze anche sullo sviluppo delle capacità di mentalizzazione dell'individuo e, quindi, sul suo funzionamento mentale in età adulta (Main, 1991; Fonagy & Target, 2001). La mentalizzazione, è un concetto molto ampio che include diverse funzioni socio-cognitive, come: il riconoscimento delle emozioni, la lettura della mente e la Funzione Riflessiva (Fonagy et al., 1991; Frith & Frith, 2006). Questo costrutto comprende anche quella che viene definita teoria della mente (ToM), ovvero “la capacità di attribuire stati mentali agli altri al fine di dare un senso al loro comportamento e prevederlo” (Baron-Cohen, 2011, p. 8). Avere una ToM è essenziale per comprendere agevolmente il comportamento altrui, per l'interazione e per la comunicazione sociale (Baron-Cohen, 2011; Nijhof et al., 2017). Permette infatti di riconoscere che la conoscenza dell'altro è diversa dalla propria e consente, inoltre, di manipolare i comportamenti degli altri attraverso la manipolazione delle loro credenze (Frith & Frith, 2006).

Bambino e caregiver sono fin da subito coinvolti in un processo di reciproco adattamento e regolazione degli stati interni. Un genitore capace di mentalizzare, ovvero di riflettere sulla vita mentale del bambino, di vedere la mente al di là dei comportamenti e di rispettare l'esistenza del suo mondo soggettivo interno, è fondamentale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro (Slade et al., 2005). All'interno della relazione di attaccamento il cervello ancora immaturo del bambino riesce a coordinare le sue attività attraverso i processi cerebrali del genitore (Hofer, 2006): la possibilità di connettersi e di entrare in sintonia con le menti di altre persone è vitale per la maturazione di quei circuiti neuronali che mediano le capacità di autoregolazione e mentalizzazione (Schoore, 2001). Una risposta pronta e sintonica del caregiver promuove nei primi mesi la comprensione da parte del bambino dei propri e altrui stati mentali e ne permette la regolazione.

Fonagy e Target (2001) con il concetto di Funzione Riflessiva si riferiscono alla capacità psichica della madre di pensare e di rappresentare mentalmente gli stati mentali del proprio bambino, investendoli di significati soggettivi e intersoggettivi e permettendogli di interiorizzare questa funzione utile alla lettura della sua esperienza interiore. Quando il genitore riconosce gli stati mentali del bambino, questi comprende di avere la possibilità di incidere sulla realtà, sviluppando un senso di agency. Fonagy e colleghi (1991) hanno riportato come la frequenza con cui i

caregiver fanno riferimento ai propri stati mentali nei racconti della propria esperienza infantile di attaccamento, sia un ottimo predittore dello sviluppo da parte del figlio di un attaccamento sicuro. A sua volta, l'instaurarsi di un rapporto di attaccamento sicuro nella diade neonato-caregiver, è un buon predittore delle future capacità metacognitive nell'ambito della memoria, della comprensione e della comunicazione del bambino (Parent & Moss, 1995).

Il riconoscimento da parte del genitore dell'atteggiamento intenzionale del bambino è comunicato a livello non verbale fin dalla nascita. Nei primi cinque mesi gli scambi faccia a faccia di segnali affettivi tra bambino e caregiver portano le attività dei loro due cervelli a influenzarsi reciprocamente in una sorta di co-regolazione (Beebe et al., 1997; Fosha et al., 2009) promuovendo sia un'autoregolazione sia una sensibilizzazione verso lo stato dell'altro. Intorno ai 9 mesi il bambino inizia a discriminare le azioni in base alle conseguenze e a pensare alle azioni come mezzi per raggiungere uno scopo. In questa fase è capace di selezionare il sistema più efficace per il raggiungimento di un obiettivo; tuttavia, l'agentività è intesa esclusivamente in termini di azioni e di costrizioni fisiche. Il bambino si aspetta che l'altro si comporti razionalmente, considerando gli stati intenzionali come unicamente materiali. Non si è ancora sviluppata una nozione costante di stato mentale dell'oggetto. Successivamente, nel corso del secondo anno di età, il bambino inizia a rappresentare mentalmente la propria capacità di agire. Egli comprende di essere un agente intenzionale in quanto riconosce che le sue azioni sono determinate da stati mentali antecedenti, come i desideri, e che le azioni stesse possono avere effetti non solo nei corpi ma anche nelle menti. Gradualmente i bambini acquisiscono una teoria della mente, imparando che gli altri non sono semplicemente dei partner interattivi ma hanno credenze, teorie, sentimenti che riferiscono sia a sé che agli altri. Tra i tre e i quattro anni inizia a comparire la prima differenziazione tra interno ed esterno: il bambino inizia a comprendere che le persone non sempre sentono ciò che dimostrano. Questa maggiore capacità di distinguere le emozioni permette lo sviluppo dell'empatia ed una maggiore interazione con i pari. Si formano le prime metarappresentazioni e il bambino diventa in grado di riconoscere la possibilità, in sé stesso e negli altri, di false credenze. Intorno ai quattro-cinque anni, infine, la capacità di mentalizzare compie un salto qualitativo: gli stati mentali diventano indipendenti dalla realtà fisica ed emerge la comprensione del sé come agente rappresentazionale (Fonagy, & Target, 2002). Il bambino acquisisce inoltre la capacità di conservare memorie dei propri stati mentali e delle intenzioni ad essi collegati e di connettere questi ricordi all'interno di un'organizzazione spazio temporale coerente (ibidem), sviluppando un sé autobiografico stabile.

Grazie al rispecchiamento del caregiver degli stati emotivi, il bambino è in grado di costruire il proprio sé e organizzare la propria attività mentale. Questi meccanismi di sintonizzazione affettiva (Siegel, 2001; 2012), che hanno la caratteristica di essere trasmodali, dipendono dalla capacità del caregiver di recepire i segnali trasmessi dal bambino, e permettono a quest'ultimo sia di modulare il suo stato mentale del momento, sia di sviluppare una capacità di autoregolazione (Schoore, 2000). Una figura di attaccamento sufficientemente disponibile, stabile e

responsiva è in grado di sintonizzare le sue risposte sugli stati interni del bambino, imitandone le espressioni emotive con l'intenzione di modularne l'intensità. Il rispecchiamento deve essere marcato, ovvero lievemente accentuato, in modo che il bambino possa assimilare l'espressione del caregiver alla propria esperienza emozionale anziché leggerla come una manifestazione dell'altro. Un processo di rispecchiamento contingente permette un'autoregolazione degli stati emotivi generando nel bambino un senso di efficacia e controllo. L'interiorizzazione della risposta di rispecchiamento della madre al suo disagio modula l'emozione del bambino differenziandola e distinguendola dall'esperienza iniziale, dando il via ad un'organizzazione del Sé.

Se nei primi tre anni di vita di un bambino sono venuti a mancare frequenti momenti di risonanza e di sintonizzazione affettiva, si può assistere ad un ridotto sviluppo delle funzioni di regolazione emotiva e a una compromissione della funzione riflessiva. Come sottolinea Tronick (1998), singoli momenti di mancata sintonizzazione nella relazione diadica sono normali e non determinano di per sé effetti negativi sullo sviluppo, purché l'individuo possa comunque vivere esperienze di riparazione e sintonizzazione. Tali esperienze sembrano rappresentare la base per lo sviluppo di un attaccamento sicuro tra madre e bambino, oltre a favorire un senso di benessere e di crescita verso la resilienza (Siegel, 2012). Gli studi di Main (1991) hanno mostrato come, a sua volta, l'organizzazione dello stile di attaccamento del bambino sia modellato dalla qualità metacognitiva del caregiver: un genitore che utilizza un modello coerente ed unitario nel presentare la sua storia di attaccamento, faciliterà lo sviluppo delle competenze metacognitive nel bambino.

Attraverso una serie di studi è stato dimostrato come nei bambini che presentano un attaccamento sicuro ci si può aspettare un monitoraggio metacognitivo relativamente avanzato, rispetto a quelli con attaccamento insicuro, che hanno difficoltà ad accedere ai ricordi precoci ed a distinguere tra apparenza e realtà. Ciò sta a significare che le esperienze nell'interazione con i genitori influiscono sui contenuti mentali dei bambini, tanto quanto sulla loro capacità di operare su questi contenuti (Fonagy, 2000).

La relazione di attaccamento instaurata durante l'infanzia consente al bambino di sviluppare gradualmente anche le capacità di empatia. Empatizzare è un fenomeno complesso e multidimensionale che include diversi processi funzionali tra cui il riconoscimento emotivo, il contagio emotivo e l'innescamento emotivo vero e proprio. È un'abilità che permette di capire e condividere gli stati interni di altre persone, di reagire di fronte a questi distinguendo tra i propri stati emotivi e quelli altrui. L'empatia è inoltre, caratterizzata da due dimensioni particolari: una affettiva e una cognitiva. La prima è associata all'attività neuronale delle regioni frontoparietale, temporale e sotto-corticale del cervello coinvolte nel movimento, nelle sensazioni e nelle emozioni. La seconda invece, coinvolge i sistemi neurali che si attivano nel controllo cognitivo e nella capacità di prendere delle decisioni, come le aree del cingolato, quelle prefrontali e temporali (Christov-Moore et al., 2014).

All'inizio dello sviluppo dell'empatia, la componente affettiva ha un ruolo di maggiore rilevanza; con lo sviluppo la componente cognitiva acquisisce

un'importanza crescente entrando in relazione sempre di più con la dimensione affettiva ed emotiva. L'attivazione empatica, per Hoffman (1984), si combina con lo sviluppo del senso cognitivo degli altri che parte dalla confusione tra sé e l'altro nei primi mesi di vita e raggiunge la consapevolezza della permanenza dell'oggetto a circa due anni, assumendo la prospettiva psicologica dell'altro durante la seconda infanzia, fino al formarsi dell'identità dell'altro. Questa abilità permette di riconoscere l'emozione altrui: la componente affettiva si arricchisce di quella socio-cognitiva che consente di condividere l'emozione con l'altro rimanendo consapevoli che quell'emozione deriva dall'altro (Bischof-Kohler, 1991; Vreeke & Van der Mark, 2003). La reciprocità tra genitore e figlio, che si costruisce attraverso l'empatia, favorisce di fatto l'emergere delle funzioni sociali nel bambino e ne sostiene l'apprendimento. Se i caregivers sono stati empatici con i loro figli, instaurando un legame di attaccamento sicuro, allora i bambini si apriranno al mondo con fiducia e a loro volta saranno empatici con gli altri (Fonagy & Target, 2001).

Oggi sappiamo che l'attaccamento rappresenta il meccanismo evolutivo attraverso il quale siamo socio-fisiologicamente connessi agli altri allo scopo di regolare insieme l'omeostasi dei nostri stati affettivi interni (Schoore & Schoore, 2008). Tuttavia, se il bambino riceve continuamente una risposta di rispecchiamento non in sintonia con i suoi stati interni faticcherà a dare un senso alla propria esperienza e a sviluppare un senso di agentività. Questo rispecchiamento incongruo costringe il bambino a internalizzare rappresentazioni dello stato dei genitori invece che una versione fruibile della propria esperienza soggettiva. Tale situazione genera un'esperienza aliena all'interno del sé (Fonagy e al., 2002), in cui il bambino percepisce stati d'animo e pensieri come estranei.

2.3.2 Gli effetti del trauma sulle capacità di mentalizzazione

I traumi relazionali occorsi nella prima infanzia e l'instaurarsi di una relazione di attaccamento disorganizzato comportano un grave ostacolo ad un sano sviluppo delle capacità di mentalizzazione (Fonagy & Target, 2001). Se le esperienze di maltrattamento, abuso, grave trascuratezza si verificano all'interno della relazione con il caregiver, la vicinanza mentale diventa dolorosa ed il naturale bisogno di prossimità tende ad esprimersi solo ad un livello fisico. In tal caso l'intenzionalità del bambino tende a non essere rispecchiata dal caregiver con conseguenti difficoltà nella maturazione delle aree dell'emisfero destro coinvolte nella regolazione affettiva. È infatti piuttosto probabile che alti livelli di arousal conseguenti ad un'esperienza traumatica contribuiscano ad inibire il funzionamento delle aree frontali del cervello normalmente sottese alla mentalizzazione (Phelps & LeDoux, 2005). L'attivazione emotiva caotica e destabilizzante innescata dalla traumatizzazione, unita alla perdita totale di speranza che si possa ricevere protezione o rassicurazione da parte dell'altro, portano a minare la continuità del sé (Bromberg, 1998), con il conseguente collasso delle abilità metacognitive, come la mentalizzazione e la regolazione emotiva. Molti autori (Stein et al., 2002; Navalta et al., 2006) hanno confermato come la semplice esposizione al trauma è in grado di produrre di per sé una compromissione delle funzioni esecutive. È stato evidenziato

come i bambini maltrattati o abusati presentino significative difficoltà nel riconoscere e discriminare le espressioni emotive facciali (Pollak et al., 2000), presentando ritardi nell'acquisizione di un lessico che descriva il loro stato interno e progressivi fallimenti nella mentalizzazione.

Quando parliamo di fallimenti della mentalizzazione stiamo inevitabilmente considerando un duplice problema. Il primo, e spesso meno evidente, riguarda la disfunzione della mentalizzazione, una perdita di alcuni aspetti della capacità di vedere pienamente l'altro come una persona o la soggettività come qualcosa di suscettibile di rappresentazione. La seconda parte del problema non è che una complicazione della prima, ovvero il riemergere di modalità di pensiero non mentalizzanti come concretezza, impulsività e disregolazione affettiva (Bateman & Fonagy, 2006). Questi fenomeni mentali, spesso correlati tra loro, non solo insistono sull'assenza di una funzione di regolazione ma evidenziano uno stato di disregolazione generato da modalità non mentalizzanti dell'esperienza soggettiva. Se dunque l'esperienza interna è sentita come troppo reale, spaventante, il suo impatto emotivo sarà inevitabilmente assai più intenso. La perdita di una funzione mentalizzante si rivela nella ricomparsa di strutture mentali evolutivamente più primitive che vanno a sostituire i sistemi difettuali, compromettendo ulteriormente il funzionamento di un mondo psichico già fragile. Una persona che non è in grado di mentalizzare sarà molto più vulnerabile e instabile di fronte a cambiamenti contestuali apparentemente lievi.

2.3.3 Differenze di genere nelle capacità di mentalizzazione

Tenendo conto che qualsiasi approfondimento sulle differenze di genere debba considerare il rischio di divagare verso stereotipi e ignorare la variabilità interna e la sovrapposizione tra generi (Costa et al., 2001), è possibile delineare un breve quadro della letteratura in merito alle differenze tra uomini e donne nel dominio delle capacità di mentalizzazione.

A livello morfologico, il cervello degli uomini presenta un maggior volume, in proporzione, dell'amigdala e dell'ipotalamo, mentre quello delle donne presenta maggiore volume nella corteccia prefrontale, così come nelle aree cerebrali devolute al controllo del linguaggio (Giedd et al., 1997). In accordo con queste evidenze di tipo anatomico, studi di fMRI hanno dimostrato l'esistenza di differenze funzionali nel cervello di uomini e donne: il cervello delle donne sembra elaborare il linguaggio verbale contemporaneamente nei due emisferi del cervello, mentre quello degli uomini tenderebbe ad elaborarlo solo nella parte sinistra (Ingalhalikar et al., 2014). Un'altra differenza emerge dallo studio dell'attivazione dell'amigdala, che nell'uomo è attivata prevalentemente da stimoli che causano aggressività, innescando una conseguente risposta di tipo motorio. Nelle donne invece l'amigdala viene attivata soprattutto da sfumature di tipo emotivo (Van der Plas et al., 2010). Poiché l'attivazione dell'amigdala favorisce l'immagazzinamento dell'esperienza a livello dell'ippocampo, le donne tendono ad assorbire più efficacemente le informazioni a carattere sensoriale e a ricordare più degli uomini le esperienze di tipo emotivo.

Inoltre le donne sembrano conservare più a lungo le informazioni sensoriali (Canli et al., 2002). Negli ultimi decenni è stata evidenziata una superiorità femminile nella decodifica del comportamento non verbale (Rosip & Hall, 2004; Schmid et al., 2011) e nella competenza emotiva, espressa in termini di accuratezza, velocità, riconoscimento delle espressioni emotive (Montagne et al., 2005; Golan et al., 2006). Questo effetto di genere sembra essere amplificato in condizioni in cui vengono utilizzati stimoli degradati, vale a dire quando gli stimoli rappresentano il 50% dell'intensità emotiva completa (Hoffmann et al., 2010) e quando gli stimoli vengono presentati rapidamente. Inoltre, le donne sembrano più accurate dei maschi nel riconoscere il linguaggio del corpo arrabbiato e neutro, mentre gli uomini parrebbero essere più precisi nella lettura del linguaggio del corpo felice (Sokolov et al., 2011). È interessante notare come il riconoscimento delle emozioni e del linguaggio del corpo sia modulato dal sesso del bersaglio: i maschi riconoscono le espressioni di felicità nella locomozione femminile più velocemente e con maggiore precisione, mentre le femmine sembrano essere migliori e più veloci nel riconoscere la rabbia nell'andatura dei maschi. Ciò, da una prospettiva evolutiva, è coerente con gli obiettivi di accoppiamento e di prevenzione delle minacce (Krüger et al., 2013).

Le ricerche che hanno esaminato la performance degli adulti su compiti che richiedono una rappresentazione esplicita dello stato mentale dell'altro, hanno confermato la presenza di differenze di genere. Gli uomini ottengono punteggi inferiori rispetto alle donne alla valutazione del funzionamento riflessivo e ai compiti di Teoria della Mente (Lecours et al., 1995; Lis et al., 2000; Bouchard et al., 2008; Kirkland et al., 2013). Alcuni studi in cui i partecipanti devono adottare mentalmente una prospettiva differente dalla loro, relativamente ad un oggetto esterno, suggeriscono un aumento dell'enfasi sui processi visuo-spaziali nei maschi durante l'assunzione di un punto di vista, piuttosto che sui processi di presa di prospettiva sociale ed emotiva, in cui le femmine tipicamente raggiungono risultati migliori (Gardner et al., 2012; Meneghetti et al., 2012).

In letteratura vi è però, un numero più corposo di ricerche sulle differenze di genere nell'empatia (Goldenfeld et al., 2005; Carroll, & Kin Ying, 2006; Wakabayashi et al., 2006; Baron-Cohen, 2008).

Gli studi (Baron-Cohen et al., 2003; Lawson et al., 2004; Moore et al., 2014) suggeriscono che le femmine siano più abili nel prendersi cura degli altri e più empatiche, mentre i maschi in generale, sono descritti come meno sensibili a livello emotivo, più cognitivi e razionali.

Diversi studi hanno esaminato le differenze di genere nelle reazioni comportamentali ed emotive già nei neonati (Connellan et al., 2000; Alexander & Wilcox, 2012). Fin dalla nascita infatti, appaiono differenze di genere nel manifestare e nell'esprimere comportamenti sociali che includono i precursori della predisposizione empatica (McClure, 2000). Crescendo, i bambini dimostrano un aumento della capacità di comprendere le espressioni facciali altrui. Tra i tre e i quattro mesi di età, le femmine discriminano meglio dei maschi le diverse espressioni facciali (ibidem), come suggerito dal fatto che esibiscono una preoccupazione maggiore rispetto ai maschi in risposta allo "still-face" materno, un paradigma in

cui, dopo un'interazione faccia a faccia con la figura materna, la madre assume una faccia neutra e non risponde alle richieste del bambino (Mayes & Carter, 1990). Le femmine inoltre, in questa fase, focalizzano la loro attenzione sulle caratteristiche interne del viso, come occhi, labbra, mentre, i maschi spostano il loro sguardo tra i lineamenti interni ed esterni. Intorno al primo anno di vita, le femmine a differenza dei maschi, preferiscono osservare il movimento biologico delle espressioni del viso (Lutchmaya & Baron-Cohen, 2002), e quando sono di fronte a situazioni nuove, sono influenzate particolarmente dai segnali facciali e vocali materni che esprimono paura o felicità (Rosen et al., 1992).

È importante sottolineare però che da bambini, maschi e femmine sono più empatici nei confronti degli individui del loro stesso sesso: i maschi sono più empatici verso i maschi e le femmine più empatiche verso le femmine (Levine & Hoffman, 1975). I maschi però, hanno una maggiore capacità di controllo dell'empatia e non empatizzano con gli altri in modo così automatico come fanno invece le femmine. I bambini tra i sei e sette anni, presi in esame in questo studio, offrono il loro aiuto a chi ha bisogno quando sono incaricati ad essere empatici o quando immaginano loro stessi nella situazione degli altri, mentre le femmine sono ugualmente empatiche, anche quando non istruite (Brehm et al., 1984).

Le differenze di genere persistono anche nell'adolescenza, anzi sembrano diventare più evidenti nel passaggio a questa fase del ciclo vitale (Van der Graaff et al., 2013). L'assunzione della prospettiva altrui sembra aumentare durante l'adolescenza, sia nei maschi che nelle femmine, sebbene nei primi aumenti solo dall'età di quindici anni in avanti. Al contrario, i livelli di preoccupazione empatica non aumentano in modo così significativo attraverso l'adolescenza: i ragazzi mostrano una diminuzione temporanea dell'empatia, mentre le ragazze livelli più o meno stabili. È importante anche considerare le aspettative di ruolo di genere: i ragazzi che sono fisicamente più maturi probabilmente, aderiscono fortemente a comportamenti stereotipicamente maschili, quindi potrebbero essere più inclini ad inibire le manifestazioni di empatia (ibidem).

Grazie ai risultati ottenuti nei vari lavori di ricerca, risulta chiara la presenza di differenze di genere nell'empatia fin dalla nascita e che queste sembrano essere stabili e consistenti attraverso tutto l'arco della vita. Le donne hanno riportato sempre livelli più alti di empatia rispetto agli uomini e i bambini che hanno mostrato una forte empatia nelle prime fasi dello sviluppo continuano a manifestarla anche in fasi successive.

Questa stabilità nello sviluppo suggerisce che le differenze di genere, con bassa probabilità sono causate dalle esperienze esclusivamente post-natali, per esempio il prendersi cura della figura materna, ma piuttosto riflette qualche importante differenza a livello evolutivo tra maschi e femmine, presente fin dalla nascita; ciò è coerente con quanto viene sostenuto in alcuni report: l'empatia è moderatamente ereditabile (Zahn-Waxler et al., 2001; Baron-Cohen, 2002; Chakrabarti & Baron-Cohen, 2013). Altri studi invece, enfatizzano il ruolo delle influenze sociali sull'empatia e sul suo sviluppo, proponendo che i genitori possono supportare la capacità empatica dei loro figli o essendo modelli di ruolo o favorendo

un sistema di attaccamento sano e sicuro (Eisenberg & Valiente, 2002; Knafo & Plomin, 2006).

Queste differenze di genere, potrebbero essere causate anche da predisposizioni genetiche condivise tra genitori e figli, come alcuni studi suggeriscono: l'empatia, come già menzionato precedentemente, potrebbe essere ereditabile (Moore et al., 2014). È anche possibile, che sia la motivazione sociale, la quale differisce tra genere maschile e femminile, alla base dello sviluppo delle differenze di genere nelle abilità sociali, come nell'empatia (Chevallier et al., 2012).

Nell'ambito degli studi sull'autismo Baron-Cohen ha proposto un modello per fornire una spiegazione alle differenze di genere. L'Extreme Male Brain Theory (EMB; Baron-Cohen, 2002), basandosi su aspetti biologici e sociali, afferma che i cervelli di uomini e donne sono strutturati diversamente e sono distinti funzionalmente. Secondo questa teoria, il cervello femminile sarebbe prevalentemente strutturato per provare empatia, mentre il cervello maschile cercherebbe principalmente di comprendere e costruire sistemi. Dunque, empatizzare (E) indica la spinta a identificare le emozioni e i pensieri di un altro individuo e a rispondere a queste con un'emozione appropriata. In media, le femmine vi si identificano spontaneamente in misura maggiore rispetto ai maschi. Sistematizzare (S) comprende invece l'abilità di analizzare le variabili in un sistema, per derivare le regole sottostanti che lo governano. In media, sono i maschi a riportare una maggiore propensione alla sistematizzazione (Baron-Cohen, 2002). Il processo di sistematizzazione funziona bene per fenomeni che sono finiti e deterministici, tuttavia è quasi inutile quando si tratta di prevedere i cambiamenti momentanei nel comportamento di una persona. Per quest'ultimo aspetto è necessario empatizzare.

Questa teoria sulla base delle due dimensioni indipendenti E ed S individua cinque tipologie di cervelli:

- Tipo E ($E > S$): caratterizza gli individui la cui empatia è più forte delle loro abilità nella sistematizzazione;
- Tipo S ($S > E$): caratterizza gli individui la cui abilità nella sistematizzazione è più forte della loro empatia;
- Tipo B ($S = E$): individui in cui le due tendenze sono bilanciate;
- Estremo Tipo E ($E \gg S$): caratterizza gli individui la cui l'empatia è sopra la media ma che sono in sofferenza quando si tratta di sistematizzare;
- Estremo di Tipo S ($S \gg E$): caratterizza gli individui con abilità nella sistematizzazione sopra la media ma scarsamente empatiche.

Esiste un ampio corpo di ricerche che ha mostrato come le donne nella popolazione generale, in media, empatizzano spontaneamente in misura maggiore rispetto agli uomini, mentre gli uomini mediamente, sistematizzano in misura superiore rispetto alle donne (Baron-Cohen et al., 2003; Lawson et al., 2004). È necessario tuttavia tenere conto che non necessariamente nella popolazione tipica tutti i maschi mostrino un profilo caratterizzato dalla sistematizzazione e tutte le femmine un profilo caratterizzato dalle abilità empatiche. Infatti, ogni individuo

possiede una combinazione particolare e unica di questi due elementi, che può renderlo tipico o atipico per il proprio sesso (Baron-Cohen, 2002). Ciò implica che l'EMB non possa essere considerata un'ipotesi interpretativa universalmente valida. Essa ha valore solo a livello di gruppo e non è necessariamente sempre applicabile a livello individuale.

L'EMB è stata anche utilizzata per comprendere i meccanismi eziologici dell'autismo. Baron-Cohen sostiene infatti che i soggetti con ASD ottengano punteggi tipicamente maschili ai test per le misure di empatia (EQ; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) e di sistematizzazione (SQ; Baron-Cohen et al., 2003) indipendentemente dal loro sesso biologico. In altre parole, essi otterrebbero punteggi inferiori alla media nei test di empatia, ma raggiungerebbero un punteggio almeno uguale alla media maschile, se non superiore, ai test di sistematizzazione (Greenberg et al., 2018). Nella popolazione ASD, dunque sia donne che uomini avrebbero maggiori probabilità di presentare un cervello di tipo estremo S. Lo sviluppo dell'ASD comporterebbe uno spostamento del tipo di cervello: nei maschi da $S > E$ a $S \gg E$, mentre nelle femmine da $E > S$ a $S \gg E$ (Baron-Cohen, 2002). Non sono ancora chiare le cause di questo spostamento, ma alcuni fattori incidenti potrebbero comprendere sia le differenze genetiche, sia l'esposizione nel grembo materno al testosterone (Baron-Cohen, 2002).

2.3.4 Il ruolo del rispecchiamento nella Disforia di Genere

Nell'ambito dello studio delle capacità di mentalizzazione è importante sottolineare l'importanza del corpo, della sua morfologia e della sua fisiologia, nel plasmare le nostre rappresentazioni mentali e nel costituire dunque una fonte primaria nell'organizzazione del Sé (Lemma, 2012). Il modo in cui sperimentiamo i pensieri, potrebbe essere considerato connesso agli aspetti fisici dell'esperienza infantile precoce. All'interno della relazione col caregiver l'esperienza e la percezione dei propri movimenti permettono al bambino di controllare e comprendere le risposte del caregiver (Siegel, 2012).

A questo proposito Lemma (ibidem) ha ipotizzato che nell'infanzia degli individui con DG vi possono spesso essere state esperienze di ripetuto fallimento nella mentalizzazione e nel mirroring/riflessione da parte della figura di attaccamento relativamente all'incongruenza tra genere assegnato alla nascita e genere esperito. Fallimenti diadici nel rispecchiamento contingente e una conseguente mentalizzazione incongruente dell'esperienza corporea del soggetto, possono favorire in quest'ultimo una discrepanza tra la percezione del proprio corpo ed il genere di appartenenza, con vissuti di estraneità rispetto a sé stessi che non ha permesso loro di sviluppare pienamente la capacità di mentalizzazione (Fonagy, 2001; 2006). Nel caso della Disforia di Genere questa esperienza si manifesterebbe come una perturbazione nella coerenza della propria identità di genere. Se l'esperienza di un individuo viene rappresentata correttamente nella mente dell'altro (primariamente il caregiver), viene favorita la costruzione di un senso di sé coerente, integrato e stabile. Al contrario, la sperimentazione di un corpo in maniera

incongruente con la propria esperienza interna, esporrebbe al rischio di sviluppare un Sé alieno. Tale Sé alieno diventerebbe parte integrante del nucleo strutturale del sé, tuttavia rimanendo fondamentalmente estraneo per il soggetto. Da tale condizione può quindi insorgere la sensazione di sentirsi dissociato non solo dai propri stati interni ma anche dal proprio corpo. L'incongruenza interna della persona con DG verrebbe manifestata esternamente, in modo visivo, attirando l'attenzione dell'osservatore su questo sentimento di incongruenza. Secondo questa ipotesi la ricerca di un corpo allineato verrebbe allora considerata come un modo per trovare sollievo dal dolore derivante da tale discrepanza (Lemma, 2013). Per una persona con Disforia di Genere il compito di sviluppo di possedere un corpo integrato al sé sarebbe quindi doppiamente complicato poiché l'esperienza è sentita come confusa e dolorosa (Lemma, 2012). Secondo Langer (2016), una condizione di scarso mirroring all'interno della relazione di attaccamento aggraverebbe le difficoltà del bambino di connettersi al corpo, compito di per sé già complesso. Tali difficoltà influirebbero sulle possibilità, da parte dell'individuo, di comprendere le sensazioni interocettive e propriocettive. Se l'immagine corporea del bambino si forma a partire da un rispecchiamento incongruente rispetto al genere, si genera una contraddizione con il proprio schema corporeo, ovvero il sentimento interno di sé.

Il fallimento ripetuto di un caregiver nel rispecchiamento può essere dovuto alla non conformità del genere del figlio, che innescherebbe risposte di rifiuto e svalutazione da parte del genitore con la conseguente mancanza di sintonizzazione emotiva e l'emergere di sentimenti di profonda vergogna (ibidem). La continua disconferma dei propri stati mentali, in particolare degli stati emotivi, da parte dell'altro porta l'individuo a diffidare del proprio senso di sé e della realtà. I processi dissociativi costituirebbero quindi la soluzione più adattiva per preservare la continuità di sé (Bromberg, 1998).

Queste ipotesi rivestono particolare importanza nell'ottica di considerare, all'interno degli studi sulla DG, il ruolo delle relazioni di attaccamento, delle dinamiche di co-regolazione, rispecchiamento e sintonizzazione con il caregiver e lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e di un sé coerente e integrato.

In ottica clinica, non avendo avuto la possibilità di comprendere la mente dell'altro e di riconoscerci la propria identità, ciò di cui l'individuo ha bisogno quando viene preso in carico è di essere visto (Lemma, 2012). Il clinico può aiutarlo a migliorare la propria capacità di mentalizzazione che, come è stato precedentemente descritto, permette di giungere ad un'integrazione tra Sé corporeo e Sé psichico. Inoltre è importante mirare all'incremento di una migliore sintonizzazione e connessione col proprio corpo, lavorando sull'elaborazione dei fallimenti nel rispecchiamento (Langer, 2016).

2.3.5 La co-occorrenza tra Disforia di Genere e Disturbi dello Spettro Autistico: le difficoltà nella Teoria della Mente

Ad influire sulla compromissione delle capacità di mentalizzazione non troviamo soltanto la presenza di traumi relazionali e relazioni di attaccamento di tipo

insicuro all'interno della storia dell'individuo. È noto che i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) siano contraddistinti da una serie di sintomi indicativi della compromissione di varie aree, tra cui l'area dell'interazione sociale, l'area della comunicazione verbale e non verbale, l'area delle attività, l'area delle capacità di mentalizzazione (Frith, 2012).

Negli ultimi anni i dati raccolti dagli esperti nelle cliniche specializzate per la DG hanno fatto emergere un fenomeno inaspettato, ovvero la correlazione tra due condizioni a prima vista così lontane e distinte come la DG e la sindrome autistica (Van Der Miesen et al., 2016; Glidden et al., 2016; Turban & van Schalkwyk, 2018). L'incidenza della sindrome autistica nella popolazione con disforia di genere arriva a punte del 7,8%, cioè dieci volte maggiore rispetto alla popolazione generale (De Vries et al., 2010). Molti tratti autistici conferirebbero una percezione sulla propria identità di genere molto simile a quella che si osserva negli individui con DG persistente dall'infanzia all'età adulta (Di Ceglie, 1998; Di Ceglie et al., 2014). I due parametri fondamentali utilizzati per indagare la presenza di ASD e DG sono la capacità empatica (o empatia) e la capacità di sistematizzare: in letteratura la prima è stata associata più tipicamente al cervello femminile; la seconda viene invece correlata con il cervello maschile. Baron-cohen e colleghi, in uno studio del 2012, hanno cercato di verificare, sulla base della teoria EMB, se gli adulti AFAB mostrassero tratti autistici più marcati rispetto al campione femminile di controllo. Dai risultati è emerso che i soggetti di sesso biologico femminile con DG mostravano un numero più elevato di tratti autistici rispetto sia al gruppo femminile che maschile di controllo. Come spiegazione di questi risultati è stato suggerito che durante lo sviluppo fetale gli individui AFAB possano essere stati esposti a livelli troppo elevati di testosterone fetale (FT) (Auyeung et al, 2009). Molti tratti autistici conferirebbero una percezione sulla propria identità di genere molto simile a quella che si osserva negli individui con DG persistente dall'infanzia all'età adulta (Di Ceglie, 1998). In uno studio, Pasterski e colleghi (2014), attraverso l'utilizzo del Quoziente di Spettro Autistico (AQ, Baron-Cohen et al., 2001), hanno investigato la frequenza dei tratti dello spettro autistico in un gruppo di 91 adulti DG. Nel campione, la prevalenza di tratti ASD riscontrata è stata del 5,5% e non sono state riscontrate differenze significative tra AFAB e AMAB. Questi risultati hanno portato gli autori a interrogarsi sulla reale portata dell'influenza dell'esposizione prenatale agli androgeni e quindi sulla teoria del cervello maschile estremo nei casi di co-occorrenza. Mentre questa esposizione potrebbe spiegare l'identificazione nel genere maschile e i tratti autistici per i nati femmina, non spiegherebbe esaustivamente la co-occorrenza nei nati maschi. Risultati contrastanti sono stati rilevati in uno studio di Jones e colleghi (2011), nel quale gli adulti AFAB hanno raggiunto livelli AQ più alti degli adulti AMAB e delle femmine cisgender.

Tra le ipotesi circa i fattori (biologici, sociali, psicologici) che potrebbero sottostare al fenomeno della co-occorrenza tra ASD e DG ne è stata formulata una che considera il ruolo della teoria della mente. Nello studio di Jacobs e colleghi del 2014, viene mostrato come due soggetti adulti che presentano tale co-occorrenza, abbiano un deficit nella teoria della mente, non sopportino l'ambiguità attraverso manifestazioni di rigidità cognitiva, abbiano difficoltà ad articolare esperienze interne

per quanto riguarda il loro genere ed abbiano persistenti deficit nell'interazione e nella comunicazione. La manifestazione di un malfunzionamento della teoria della mente sarebbe riscontrabile nell'incapacità di capire che non vi è una corrispondenza tra la propria auto-percezione e la percezione che di sé hanno gli altri. La limitata capacità di articolare un'esperienza interiore, unita all'intolleranza all'ambiguità come manifestazione della rigidità, caratteristiche cognitive tipiche del ASD, possono presentare particolari difficoltà per la formazione e il consolidamento dell'identità di genere (ibidem).

Poichè attualmente gli studi in merito sono ancora limitati, al momento l'eziologia della co-occorrenza di DG e ASD è un fenomeno ancora lontano da una chiara comprensione (Glidden et al., 2016). Ad oggi, infatti, non è dimostrato se i due fenomeni siano indipendenti fra di loro o se vi sia un nesso causale con una sindrome primaria e una secondaria.

A livello clinico, è importante sottolineare che il processo diagnostico nei casi di co-occorrenza tra DG e ASD pone ai clinici molte sfide, in quanto sono diverse le implicazioni cliniche riguardanti la diagnosi, il trattamento psicologico, farmacologico e medico, da tenere in considerazione.

A livello di ricerca, al fine di indagare in maniera accurata le capacità di mentalizzazione negli individui con Disforia di Genere è necessario considerare l'eventuale co-occorrenza con i Disturbi dello Spettro Autistico, tra le cui caratteristiche principali troviamo proprio una compromissione dell'abilità di attribuire stati mentali (desideri, emozioni, intenzioni, pensieri e credenze) a se stessi e agli altri e prevedere, quindi, il comportamento delle persone sulla base dei propri stati interni, oltre che scarse abilità empatiche.

La Ricerca

3.1 Introduzione alla ricerca

Come riportato nei capitoli precedenti, nonostante le evidenze scientifiche sulla rilevanza delle relazioni precoci nell'organizzazione personale e del loro effetto protettivo o di vulnerabilità sul benessere individuale e relazionale dell'adulto, la ricerca sull'impatto dell'ambiente familiare e sulle relazioni primarie di persone con DG è tutt'ora scarsa.

Seppur esigui, gli studi presenti in letteratura, mostrano un'alta prevalenza di pattern d'attaccamento insicuri nelle popolazioni con Disforia di Genere (Birkenfeld-Adams, 1998; Vitelli & Riccardi, 2010; Giovanardi et al., 2018).

Rispetto alla presenza di esperienze traumatiche, gli studi tendenzialmente si sono orientati sulla presenza di queste da parte dell'ambiente sociale, osservando che è molto più probabile che episodi di vittimizzazione, abuso e minacce avvengano nelle minoranze sessuali (Brown & Pantalone, 2011). Queste hanno una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo da stress post traumatico rispetto alle persone cisgender ed eterosessuali (Roberts et al., 2010). I pochi studi che hanno investigato la presenza di esperienze avverse nelle relazioni familiari precoci hanno individuato un alto tasso di questo tipo di esperienze nei campioni transgender (Gehring & Knudson, 2005; Singh & McKleroy, 2011; Firth, 2015; Giovanardi et al., 2018).

Nonostante il noto legame tra attaccamento, trauma e vissuti dissociativi e, dall'altra parte, lo specifico distress relativo al senso di estraneità dal proprio stesso corpo tipico della DG, sono estremamente limitati gli studi che si sono occupati di indagare questa sintomatologia nella popolazione trans (Kersting et al., 2003; Colizzi et al., 2013).

La letteratura ha evidenziato il ruolo dell'attaccamento nello sviluppo di numerose competenze, una di queste è la Mentalizzazione, consistente nell'abilità di riflettere sui propri e altrui stati mentali ed emozioni e inferire gli stati mentali, in termini di pensieri ed affetti, che sottostanno a determinati comportamenti (Allen & Fonagy, 2006). Le relazioni di attaccamento sono la culla entro la quale si sviluppano e accrescono queste competenze, in termini di funzionamento riflessivo, empatia e teoria della mente (Fonagy and Target, 2001).

L'osservazione clinica ha rilevato la complessità che affrontano i giovani gender-variant ed i loro genitori. Una società organizzata per lo più sulla base di una comprensione binaria dell'identità, rende, nella maggior parte dei casi, molto complesso lo sviluppo dei giovani gender-variant, che, una volta adulti, riportano spesso di essersi trovati di fronte al vedere i propri bisogni non corrisposti. Questi riguardano, ad esempio l'accettazione e il supporto nel parlare dell'identità di genere variante, la libertà di espressione identitaria, la validazione e il riconoscimento (Riley et al., 2013; Pullen Sansfaçon et al., 2014). Nonostante in alcuni studi venga riportata la presenza di genitori supportivi, è probabile ipotizzare che per i genitori possa

essere difficoltoso rispecchiare e mentalizzare l'incongruenza esperita da un bambino con varianza di genere (Lemma, 2013).

Sulla base di queste premesse abbiamo deciso di articolare la nostra ricerca in due studi:

Studio 1: "Attaccamento, Esperienze Infantili Avverse e Dissociazione in un Campione di Adulti con Disforia di Genere"

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare la distribuzione dei pattern di attaccamento, la prevalenza delle esperienze infantili avverse e le caratteristiche dell'eventuale sintomatologia dissociativa in un campione di adulti con Disforia di Genere (DG), paragonati ad un campione di controllo cisgender (CG). Inoltre si desiderava valutare la presenza e le caratteristiche di eventuale sintomatologia dissociativa. Le ipotesi dello studio erano le seguenti:

1. In linea con quanto emerso nella letteratura rispetto ai pattern di attaccamento e all'incongruenza di genere, ipotizzavamo una prevalenza maggiore di stati della mente rispetto all'attaccamento di tipo insicuro e disorganizzato, negli individui con DG, quando comparati ad un campione CG;
2. Secondo la letteratura le persone con DG subiscono un maggiore livello di esperienze di violenza, di stigmatizzazione e traumatiche. Ci aspettavamo di osservare una frequenza più alta di esperienze avverse infantile nella popolazione con DG rispetto alla popolazione generale, comparando un campione di persone con DG con uno CG;
3. In linea con la prima ipotesi, ipotizzavamo di riscontrare nella popolazione con DG un punteggio più alto di sintomatologia dissociativa, dove l'insorgenza vede come possibili fattori di rischio la disorganizzazione dell'attaccamento ed il trauma;
4. Ci aspettavamo un miglioramento dell'eventuale sintomatologia dissociativa nel campione con DG dopo il trattamento ormonale *gender affirming*, concorrentemente con la transizione fisica ed un maggiore adeguamento del corpo all'identità di genere esperita.

Per poter vagliare le prime 3 ipotesi si è deciso di confrontare i risultati un campione di persone transgender, con Disforia di Genere, con un campione cisgender. Per la 4° ipotesi si è valutata la sintomatologia dissociativa confrontando gli individui del gruppo DG sulla base del pattern di attaccamento rispetto alla dimensione organizzazione-disorganizzazione. Relativamente alla 5° ipotesi, si è eseguito un confronto appaiato, all'interno del gruppo DG, dopo il trattamento ormonale *gender affirming*.

Studio 2: "La Mentalizzazione nella Disforia di Genere"

Il secondo studio si preponeva di esplorare le competenze di mentalizzazione in un campione di adulti con Disforia di Genere. L'obiettivo di questo studio è stato

quello di indagare le competenze di mentalizzazione in termini di capacità di mind-reading, di funzione riflessiva e di competenza empatica, in quanto competenza correlata alla mentalizzazione. Le ipotesi dello studio si articolavano nel modo seguente:

1. Avendo ipotizzato una presenza maggiore di pattern insicuri rispetto all'attaccamento nella DG, si desiderava investigare se la mentalizzazione fosse maggiormente deficitaria nel campione con DG comparandolo al campione CG;
2. La letteratura evidenzia che bassi livelli di mentalizzazione siano collegati ad una scarsa competenza empatica, pertanto desideravamo indagare se la popolazione con DG avesse livelli più bassi di empatia rispetto alla popolazione generale, comparando un campione con DG ed un campione di controllo cisgender;
3. In linea con la letteratura, che evidenzia delle differenze di genere per le competenze di mind-reading ed empatia, ipotizzavamo di riscontrare delle differenze anche nel confronto tra AMAB e AFAB;
4. Tenendo conto della prima ipotesi, ci aspettavamo di osservare punteggi inferiori relativi alle variabili oggetto di studio nelle persone AMAB, confrontati con i maschi cisgender, e nelle persone AFAB, quando confrontate con le femmine cisgender.

Nell'esaminare le precedenti ipotesi, abbiamo confrontato i campioni: per la prima ipotesi sulla base dell'incongruenza di genere; per la seconda, all'interno del gruppo con DG, sulla base del genere assegnato alla nascita; per la terza ipotesi sulla base di entrambe le variabili (incongruenza di genere/natal sex).

3.2 Metodo

3.2.1 Disegno della Ricerca e Procedure

Il presente progetto di dottorato ricerca si è svolto in forma di collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino, gruppo di ricerca del prof. Veglia, la Fondazione Carlo Molo Onlus ed il Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Molinette di Torino (C.I.D.I.Ge.M.), presso la struttura complessa di Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo.

La ricerca ha coinvolto un campione di individui adulti con Disforia di Genere, afferenti al C.I.D.I.Ge.M.. Tale centro accompagna gli afferenti nel dispiegarsi delle differenti fasi che compongono il percorso di transizione, fino ai follow-up successivi all'adeguamento chirurgico dei caratteri sessuali. I partecipanti alla ricerca sono stati reclutati nella fase iniziale del percorso di transizione. Il presente progetto di dottorato è circoscritto alle prime due fasi di tale percorso:

- Tempo 0 (T0): esplorazione dell'identità di genere e psicodiagnosi.

Prima somministrazione della batteria di test e dell'AAI ai partecipanti durante il processo di assessment e psicodiagnosi presso il C.I.D.I.Ge.M.

- Tempo 1 (T1): follow-up a 6-8 mesi dall'inizio della terapia ormonale.
Seconda somministrazione di self report.

Il campione ha incluso coloro che hanno presentato richiesta di afferenza al C.I.D.I.Ge.M. e per cui è stata confermata la presenza di Disforia di Genere, secondo i criteri del DSM 5, da parte dell'equipe psicologica e psichiatrica del centro, durante la fase di esplorazione dell'identità di genere e psicodiagnosi. La partecipazione al presente progetto è avvenuta in forma gratuita e volontaria. Ad ogni partecipante è stato fornito un foglio informativo con una descrizione dettagliata delle finalità, delle modalità e delle tempistiche della ricerca, prima di firmare una manifestazione del consenso informato alla partecipazione allo studio, contenente informazioni sul carattere volontario dell'adesione, sull'anonimato delle risposte e sulla possibilità di interrompere la partecipazione in qualsiasi momento, senza che questo intaccasse in alcun modo il percorso di transizione, ed un modulo d'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Il campione con Disforia di Genere, poiché appartenente ad una popolazione difficilmente reperibile, è stato reclutato mediante campionamento di convenienza.

I dati raccolti sono stati confrontati con i dati di popolazioni normative e cliniche attualmente disponibili in letteratura. Inoltre è stato reclutato un campione di controllo (CG) di individui cisgender non clinici, (non afferenti ad alcun Centro e senza pregresse diagnosi psicopatologiche) appaiati ai partecipanti del gruppo con Disforia di Genere (DG), per età, sesso biologico e livello di istruzione. Il gruppo di controllo è stato reclutato in ambienti informali, mediante un metodo di campionamento a valanga.

La ricerca, come detto, è stata suddivisa in due studi:

- Il primo studio ha previsto la raccolta dei dati del campione di controllo CG durante due incontri per ciascun partecipante: il primo incontro ha previsto la somministrazione della scheda sociodemografica, e dei questionari self-report comuni ad entrambi i gruppi, a cui è stato aggiunto un questionario per escludere la presenza di Disforia di Genere, mentre durante il secondo incontro è stata somministrata l'AAI. Per il gruppo DG la prima valutazione (T0) è consistita nella compilazione dei questionari self-report, della scheda sociodemografica e nella somministrazione dell'AAI.
- Il secondo studio si è sviluppato in forma longitudinale, seguendo il percorso di transizione del gruppo DG, per cui è stata realizzata una seconda valutazione della sintomatologia dissociativa a T1, al follow-up dopo 6-8 mesi dall'inizio del trattamento ormonale, durante il periodo di real life experience.

L'ambiente di somministrazione era, in tutte le situazioni, silenzioso e privo di stimoli disturbanti. I partecipanti, dopo aver ricevuto una descrizione completa dello studio ed aver letto un foglio informativo della stessa, hanno firmato il consenso informato per la partecipazione allo studio e al trattamento dei dati personali. Ai partecipanti è stato assegnato un codice alfanumerico per garantire loro la privacy e assicurare un'analisi anonima e aggregata dei dati. Dopo la raccolta dei self-report

e la conduzione, trascrizione e codifica delle AAI, si è provveduto ad inserire i dati in un database protetto da password.

La somministrazione dei questionari e dell'intervista, e il trattamento dei dati è avvenuto ai sensi del Reg.to UE 2016/679 GDPR, sulla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali e ai sensi del Decreto Legge n. 196/03 relativo alla tutela della persona per il trattamento dei dati personali e al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, negli art. 9 e 11. Tutti i dati personali dei partecipanti (sia in forma cartacea che audioregistrata) sono stati raccolti e archiviati in modo adeguato ed utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica.

Il protocollo della ricerca è stato redatto in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea e alla revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki. Il protocollo di ricerca, i fogli informativi e i moduli per il consenso informato sono stati approvati dal Comitato Etico Interaziendale A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino (CS/218).

3.2.2 Strumenti

Scheda sociodemografica

Per la raccolta dei dati sociodemografici, creata ad hoc, è stata realizzata una scheda sul modello della cartella clinica già in uso presso il centro di riferimento. Tale scheda, in formato self-report, rileva il genere biologico ed esperito, l'età in cui è stato percepito l'eventuale disagio legato all'identità di genere, l'età, lo stato civile, il titolo di studio, la professione, il numero di figli, l'orientamento sessuale, la composizione familiare, l'eventuale presenza di una relazione col partner, eventuali percorsi psicologici/psicoterapeutici passati e presenti, eventuali forme di terapia medica/farmacologica seguite in passato.

Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GIDYQ-AA).

Si tratta di un questionario self-report composto da 27 item che contiene vari indicatori relativi all'identità di genere e alla DG (Deogracias et al. 2007 – versione italiana di Prunas et al., 2013). È stato formulato in due versioni parallele, per maschi e femmine. La valutazione si basa sull'esperienza degli ultimi 12 mesi; il punteggio globale viene calcolato sommando i punteggi di tutti gli item e dividendo per il numero totale di risposte.

Adult Attachment Interview

L'AAI (George, Kaplan & Main, 1985; Hesse, 1999; Main, Goldwyn & Hesse, 2002; Main, Hesse & Goldwyn, 2008) è un'intervista semi-strutturata, composta da circa 20 domande, della durata di circa un'ora, volta ad indagare lo stato della mente dell'intervistato rispetto alle prime relazioni di attaccamento instaurate con i

caregivers. Nel corso dell'intervista, che viene audioregistrata e poi trascritta integralmente, vengono esplorate le esperienze infantili dell'intervistato su due livelli. A un livello generale vengono esplorate diverse aree esperienziali concernenti la qualità delle prime relazioni con il caregiver (malattia fisica, disagio emozionale, esperienze di separazione, perdita, rifiuto e abuso). Inoltre, si configura inoltre come un ottimo strumento per la valutazione della presenza di eventi traumatici nell'esperienza di vita di soggetti. A un livello più specifico viene chiesto all'intervistato di fornire dei ricordi autobiografici come esempi per spiegare e supportare le affermazioni generali fatte in precedenza. Lo scopo di tale metodo narrativo è quello di fornire una valutazione e una classificazione dello "stato mentale" - "state of mind" - dell'adulto in relazione all'attaccamento. Tale classificazione si fonda su un'analisi della narrazione basata sulla coerenza del pensiero e l'integrazione degli aspetti emotivi e affettivi relativi all'attaccamento.

La valutazione dell'AAI è composta da due scale distinte. Nella prima i contenuti e la forma del testo vengono analizzati tramite l'utilizzo di scale graduate di valutazione, queste sono di due tipi: 1) *Scale dell'Esperienza Soggettiva* (5 scale) per valutare le esperienze di attaccamento nell'infanzia del soggetto, così come da lui riportate; l'intento di queste scale è quello di ricostruire la storia di vita della persona e il suo background esperienziale rispetto all'attaccamento; 2) *Scale dello Stato della Mente* (9 scale) per valutare lo stato della mente del soggetto al momento attuale, in riferimento alle rappresentazioni di esperienze collegate all'attaccamento e all'organizzazione delle informazioni rilevanti rispetto ad esso. Nella seconda l'intervista viene nuovamente analizzata nel suo complesso, al fine di assegnare una classificazione finale dell'attaccamento del soggetto. La classificazione finale si basa sull'analisi dell'intervista nel suo complesso, in termini di organizzazione mentale del soggetto rispetto all'attaccamento e la codifica prevede l'assegnazione di una categoria principale di attaccamento. Ciò che assume rilevanza ai fini della classificazione è quindi il grado di organizzazione della propria storia, sul piano cognitivo e affettivo, piuttosto che i contenuti o la veridicità dei ricordi. Pertanto la codifica dell'intervista non è basata soltanto sulle descrizioni che i soggetti offrono della propria infanzia, ma soprattutto su un'analisi del modo in cui tali esperienze e i loro effetti sono considerati e valutati. La valutazione del trascritto prevede l'inclusione del soggetto in una delle tre principali categorie che permettono di distinguere differenti modelli di attaccamento: *Sicuro-Autonoma* (F, Free), *Distanziante* (Ds, Dismissing), *Preoccupato/Invischiato* (E, Preoccupied). A questi tre modelli di attaccamento principali sono state aggiunte successivamente altre due categorie di classificazione. La prima categoria, *Irrisolto* (U, Unresolved), è inerente alla mancata elaborazione del lutto/trauma. La seconda categoria è stata denominata *Non Classificabile* (CC, can't classified) e riguarda quelle interviste in cui emergono stati mentali contraddittori e incompatibili (ad esempio rabbia estrema e idealizzazione) o una combinazione di stati mentali scissi e non integrati rispetto all'attaccamento. Le interviste sono state trascritte verbatim secondo le norme indicate dagli Autori (Main, 1991) al fine di consentirne l'analisi, e codificate da codificatori formati e abilitati al sistema di codifica AAI di Main e Goldwyn (Main & Goldwyn, 1985/1991/1994).

Adverse Childhood Experiences questionnaire (ACE)

L'ACE (ACE questionnaire – Felitti et al. 1998) è uno strumento self-report che valuta la presenza di esperienze di abuso infantile e l'esposizione a forme di disfunzionalità familiare nell'infanzia (durante i primi 18 anni di vita). Più nello specifico, le dieci domande riguardano varie forme di abuso (psicologico, fisico e/o sessuale, la presenza di malattie mentali all'interno della famiglia, dipendenza da sostanze di uno dei familiari, comportamenti criminali o comportamenti violenti da parte di uno dei familiari). Sono state inserite, inoltre, domande in merito alle condizioni di trascuratezza e rifiuto delle figure di attaccamento del bambino, e ai sentimenti di quest'ultimo nei confronti di tali esperienze. Il punteggio globale è dato dalla somma dei "sì" dati ai singoli item e varia quindi da 0 a 10. È stato osservato come un punteggio ACE superiore a 4 sia più probabilmente associato allo sviluppo di problemi di salute fisica e mentale in età adulta, sia negli uomini che nelle donne.

Dissociative Experience Scale (DES-II)

La DES-II (Carlson e Putnam, 1993) è una scala di screening per la dissociazione patologica negli adulti, di ormai comprovate validità e attendibilità (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Si tratta di uno strumento self-report, somministrabile in tempi rapidi e facilmente codificabile, in grado di valutare la presenza, la quantità ed il tipo di esperienze dissociative, sebbene non inquadri i soggetti in termini diagnostici. Lo strumento presenta 28 item e la risposta prevede una scala analogica numerata con punteggi tra 0 e 100 (Bernstein and Putnam, 1986); al soggetto è richiesto di segnare il punto che rispecchia la frequenza con cui ha vissuto quell'esperienza. Il punteggio totale si ottiene dalla media dei punteggi relativi ai singoli item ed il valore di cut-off rispetto alla presenza di dissociazione patologica è di 30. Dall'analisi fattoriale della versione italiana sono emersi tre fattori (Fabbri Bombi et al., 1996): l'amnesia dissociativa, che riguarda azioni di cui il soggetto non ha ricordo (item 3, 4, 5, 8, 11); il funzionamento dissociativo (item 2, 14, 15, 17, 18, 20, 24); la Depersonalizzazione/derealizzazione, che include percezioni alterate del sé e dell'ambiente, come sentirsi sconnessi dal proprio corpo, dai propri pensieri e dai propri sentimenti (item 7, 12, 13, 21, 22, 23, 27, 28).

La DES-II è uno strumento valido e affidabile per la misurazione delle esperienze dissociative sia in campioni clinici sia in gruppi di controllo (Bernstein and Putnam, 1986; Carlson and Putnam, 1993; Steinberg et al., 1991).

Autism-Spectrum Quotient (AQ).

L' AQ è un questionario che indaga i sintomi dello spettro autistico negli adulti, in presenza di un quoziente intellettivo nella media (Baron-Cohen, 2001). Pertanto, esso è stato pensato per adulti con Sindrome di Asperger (AS) o autismo ad alto funzionamento (HFA). Si tratta di uno strumento self-report composto da 50 domande che indagano 5 aree differenti: competenze sociali, attenzione ai dettagli,

comunicazione, immaginazione e cambiamenti di attenzione. Il soggetto dovrà esprimere un grado di accordo su una scala Likert a 4 punti. Il punteggio finale è dato dalla somma dei punteggi a ciascun te: il range vara quindi da 0 a 50. Un punteggio maggiore di 32 è considerato come discriminante gli adulti con tratti autistici.

Reading the Mind in the Eyes test (RMET)

Il RMET (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, Plumb, 2001) è uno strumento self-report che valuta la capacità di attribuire stati mentali complessi negli adulti e negli adolescenti senza gravi disturbi mentali. Il test, nella sua versione riveduta (Baron-Cohen et al., 2001), è costituito da 37 fotografie in bianco-nero, 36 stimoli test e uno stimolo di prova. Ogni foto ritrae la regione oculare di adulti, giovani e anziani di entrambi i sessi. Le foto provengono da giornali e riviste inglesi e misurano 4,8x12,2. Sotto ciascuna immagine vi sono quattro aggettivi relativi ad espressioni emotive posti ai quattro angoli della foto. Oltre al protocollo di risposta viene consegnato anche un glossario con i termini inclusi nel test da utilizzare in caso di incertezza sul significato delle parole. Al soggetto si chiede di indicare l'aggettivo che meglio descrive ognuno di questi sguardi fra i quattro forniti ad ogni prova. Gli aggettivi e le descrizioni utilizzati si riferiscono a stati mentali complessi come l'imbarazzo e la vergogna. Il protocollo ottenuto viene corretto assegnando un punto per ogni risposta corretta.

Empathizing Quotient (EQ)

L' EQ (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) è un questionario self-report che valuta l'empatia in diverse situazioni sociali. Comprende 60 items, 40 relativi alla componente cognitiva dell'empatia e 20 di controllo. Esso si riferisce al costrutto di empatia considerandola come la capacità di identificare le emozioni e i pensieri altrui e di rispondere a questi con un'appropriata emozione. Il questionario è composto da 60 item; il punteggio finale può variare da 0 a 80. Un cut-off di 30 è utilizzato durante lo screening per i disturbi dello spettro autistico (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Clinicamente, le misurazioni dell'empatia fornite dall'EQ vengono utilizzate dai professionisti della salute mentale per valutare il livello di disabilità sociale in alcuni disturbi mentali, come l'autismo. Tuttavia, poiché i livelli di empatia variano significativamente anche tra gli individui senza disturbi specifici, è anche spesso utilizzato come misura dell'empatia temperamentale nella popolazione generale. È interessante notare come il punteggio dell'EQ sia correlato nella popolazione adulta con i risultati all'RMET (Lawrence et al., 2004).

Scala della Funzione Riflessiva (FR)

La Scala della Funzione Riflessiva (Self Reflective Function Scale, RF, Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998; Steele & Steele, 2008) è stata originariamente costruita per valutare le descrizioni delle interazioni Sè-Altro relative ai trascritti

della AAI per la valutazione della Funzione Riflessiva, che si riferisce alla capacità umana di capire il comportamento alla luce dei sottostanti stati mentali e intenzioni, consente di concepire le altrui credenze, sentimenti, atteggiamenti, desideri, speranze, conoscenze, fantasie, simulazioni, piani e così via. La Funzione Riflessiva, inoltre, dà forma e coerenza all'organizzazione del Sé che è al di fuori della consapevolezza. La scala è stata operazionalizzata in un range da -1 a 9. Più elevato è il valore, più avanzata è la mentalizzazione (Fonagy et al., 1998). Una FR da moderata ad alta può includere caratteristiche come: la consapevolezza degli stati mentali; un esplicito sforzo per chiarire gli stati mentali sottostanti il comportamento; il riconoscimento delle caratteristiche degli stati mentali legate allo sviluppo; il riconoscimento degli stati mentali dell'intervistatore. Al contrario, una bassa FR può includere caratteristiche come il rifiuto degli stati mentali; una consapevolezza non integrata, bizzarra e inappropriata degli stati mentali; una comprensione distorta o auto-centrata; una consapevolezza ingenua o semplicistica; un uso iper-analitico o eccessivo della FR. La Scala della Funzione Riflessiva ha dimostrato una buona attendibilità inter-rater ($r = .89$) ed è stata largamente validata in ambito di ricerca (Fonagy et al., 1998). Per esempio, sono state riscontrate delle associazioni tra RF e salute mentale (Fonagy et al. 1995).

3.2.3 Il campione

Il campione globale è costituito da 106 partecipanti, di cui il 55,6% facente parte del gruppo con Disforia di Genere (DG) ed il 44,4% appartenente al gruppo di controllo cisgender (CG). Il gruppo DG si compone di 34 (32%) individui assegnati al genere femminile alla nascita (AFAB), e 25 (23,6%) individui assegnati al genere maschile alla nascita (AMAB), che presentano un'età compresa tra i 18 ed i 61 anni ($M = 28.55$; $DS = 11.99$). Il numero di anni di istruzione del gruppo DG è compreso tra 8 e 18 ($M = 11.58$; $SD = 3.32$). Il gruppo di controllo CG è costituito da 29 femmine (27,4%) e 18 maschi (17%), di età compresa tra i 18 e i 61 anni ($M = 26.89$; $SD = 10.24$). Il numero di anni di istruzione del gruppo di controllo è compreso tra 8 e 18 ($M = 12.69$; $SD = 3.32$).

La **Tabella 3A** mostra le principali caratteristiche sociodemografiche del campione DG e del campione CG.

Il gruppo DG ha riportato un orientamento sessuale in base al sesso biologico prevalentemente omosessuale (58,3%, $N = 21$). La maggioranza degli appartenenti al gruppo DG era celibe/nubile (86,8%, $N = 33$) e nella maggior parte dei casi in possesso di un titolo di studio pari alla media superiore (50%, $N = 20$). Per quanto riguarda l'esordio della Disforia di Genere, il 53,2% del campione ha riferito un esordio precoce, durante l'infanzia, il 36,2% ha riportato un esordio in età adolescenziale, mentre solo il 10,6% ha iniziato ad esperire la DG in età adulta (oltre i 20 anni). Rispetto alle relazioni interpersonali, il 63% ($N = 17$) del campione DG, al momento della valutazione, non aveva un partner. Solo uno dei partecipanti del gruppo DG (3,4%) ha dichiarato di avere almeno un figlio. Il 40,7% del campione ($N = 11$) ha dichiarato di avere buoni rapporti sociali, mentre il 29,6% ($N = 8$) li ha definiti scarsi.

Il campione di controllo CG presentava caratteristiche sociodemografiche appaiate rispetto al gruppo sperimentale. I gruppi DG e CG differivano in modo statisticamente significativo unicamente per quanto riguardava la condizione lavorativa: nel gruppo DG risulta impiegato il 52,1% dei partecipanti, mentre nel gruppo CG il 97,8% ($\chi^2 = 25.85$; $p < .01$; $\phi = -.524$).

I dati utili alle analisi non sono stati disponibili per l'intero campione, ma le caratteristiche sociodemografiche previste per l'appaiamento dei due campioni erano comunque bilanciate e non differivano significativamente.

3.2.4 Analisi dei dati

Tutte le analisi sono state realizzate utilizzando il Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 25).

Oltre alle statistiche descrittive sono state realizzate statistiche inferenziali, sia parametriche (test t e chi-quadrato) che non parametriche (test di Mann-Whitney e Wilcoxon). In particolare, il test t di student è stato utilizzato per confrontare le medie di parametri normalmente distribuiti (ad esempio, per confrontare i punteggi medi relativi alla sintomatologia dissociativa tra i due gruppi DG e CG). Si è fatto ricorso al test chi-quadrato per evidenziare eventuali differenze significative tra i gruppi laddove vi fossero dati di tipo categoriale (ad esempio, per confrontare le distribuzioni di frequenze degli stati della mente rispetto all'attaccamento relative ai due gruppi). Per quanto riguarda le variabili connesse alle capacità di mentalizzazione (punteggio totale all'RMET, cut-off EQ e FR), oggetto di studio dello Studio 2, si è scelto di condurre le analisi dei dati escludendo i casi ($N=3$) che superavano il cut-off all'AQ, presentando quindi marcati tratti dello spettro autistico che avrebbero condizionato la lettura dei risultati. Quando sono state impiegate statistiche non parametriche si è scelto di riportare anche gli indici descrittivi delle medie, in modo da dare un'indicazione delle direzioni delle differenze, quando presenti. Il livello di significatività statistica, per tutte le tecniche di analisi dei dati utilizzate, è stato impostato al 95%. Rispetto alla coerenza interna, tutti i valori α hanno soddisfatto il criterio minimo di .70 (Nunnally e Bernstein, 1994).

Tabella 3A Principali caratteristiche sociodemografiche del campione (Gruppo sperimentale DG e Gruppo di Controllo CG).

GRUPPI	GD	CG	TOT
AMAB (Assigned Male at Birth)	23.6% (25)	17% (18)	40.6% (43)
AFAB (Assigned Female at Birth)	32% (34)	27.4% (29)	59.4% (63)
Totale per Gruppo	55.6% (59)	44.4% (47)	100% (106)
Nazionalità¹			
Italiana	52% (54)	44.2% (46)	96.2% (100)
Altra	2.9% (3)	0.9% (1)	3.8% (4)
Totale per Gruppo	54.9% (57)	45.1% (47)	100% (104)
Impiego²			
Lavoratore	52.1% (25)	97.8% (45)	74.5% (70)
Non lavoratore	sr -5.1 47.9% (23)	sr 5.1 2.2% (1)	25.5% (24)
Totale per Gruppo	sr 5.1 51.2% (48)	sr -5.1 48.8% (46)	100% (94)
Età			
Min	18	18	
Max	61	61	
Media	28.55	26.89	
SD	11.99	10.24	
Anni di istruzione			
Min	8	8	
Max	18	18	
Media	11.58	12.69	
SD	3.32	3.32	
Età di insorgenza del disagio³			
Infanzia	53.2% (25)	-	
Adolescenza	36,2% (17)	-	
Età adulta	10.6% (5)	-	
Totale	100% (47)	-	

¹ 2 not responsive

² 12 not responsive; $\chi^2 = 25.85$; $p < .01$; $\varphi = .524$

³ 12 not responsive

3.2.5 Risultati Studio 1: “Attaccamento, Esperienze Infantili Avverse e Dissociazione in un Campione di Adulti con Disforia di Genere”

Attaccamento

L’analisi relativa ai trascritti AAI ha evidenziato, nella classificazione a due vie sulla dimensione sicurezza-insicurezza, una differenza significativa tra i campioni DG e CG (Tabella 3.1). Come riportato nella Tabella 3.1, si osservava che i due campioni si distribuivano in maniera significativamente differente anche rispetto alla dimensione organizzazione-disorganizzazione. Entrando più nello specifico e analizzando la classificazione a 4 vie (Tabella 3.2), nel confrontare i due gruppi è emerso come i soggetti all’interno nelle differenti categorie si distribuissero in maniera statisticamente differente ($\chi^2_{[3, N=92]} = 12.96$, $p = < .05$, effect size V di Cramer= .22; correzione di Bonferroni). In particolare si osservava una sovra-rappresentazione delle classificazioni F (sicuri) nel campione CG ($rs = 3.6$) e una sovra-rappresentazione delle classificazioni U-CC (irrisolti e non classificabili) nel gruppo DG. Non risultavano invece significative le differenze tra i gruppi relativamente alle classificazioni Ds (distanzianti) ed E (invischiati).

Tabella 3.1

Classificazioni all’AAI nel gruppo DG e CG a 4 nelle dimensioni sicurezza-insicurezza e organizzazione-disorganizzazione.

	DG N = 56	CG N = 36	χ^2 (gl=1)	p	ϕ
	N (%) rs	N (%) rs			
Sicuri (F)	16 (28.6%) -3.6	24 (66.7%) 3.6	12.941	< .001	.38
Insicuri (Ds - E - U - CC)	40 (71.4%) 3.6	12 (33.3%) -3.6			
Organizzati (F - Ds - E)	32 (57.1%) -2.9	31 (86.1%) 2.9	8.519	< .001	.30
Disorganizzati (U - CC)	24 (42.9%) 2.9	5 (13.9%) -2.9			

F= Free; Ds= Dismissing; E = Entangled/Preoccupied; U= Unresolved with respect of Loss and/or Trauma; CC= Cannot Classify.

Tabella 3.2

Classificazioni all’AAI nel gruppo DG e CG a 4 vie.

	DG N = 56	CG N = 36
	N (%) rs	N (%) rs
F	16 (28.6%) -3.6	24 (66.7%) 3.6
Ds	11 (19.6%) 1.5	3 (8.3%) -1.5
E	5 (8.9%) .3	(11.1%) -.3
U - CC	24 (43%) 2.9	5 (13.9%) -2.9

F= Free; Ds= Dismissing; E = Entangled/Preoccupied; U= Unresolved with respect of Loss and/or Trauma; CC= Cannot Classify.

Abbiamo proseguito con il confronto tra il nostro campione DG e i dati normativi e clinici della letteratura (**Tabella 3.3**), riferita alla popolazione italiana (Cassibba et al., 2013) ed internazionale (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). Da questi confronti è emersa una differenza significativa rispetto alla classificazione a 2 vie sulla dimensione sicurezza-insicurezza sia con il campione normativo italiano ($\chi^2_{[1, N=898]} = 21.795$, $\rho < .001$, effect size $\phi = .16$) che con quello internazionale ($\chi^2_{[1, N=749]} = 16.373$, $\rho < .001$, effect size $\phi = .18$). Viceversa non sono emerse differenze significative né rispetto al campione clinico italiano né rispetto a quello internazionale.

Tabella 3.3

Classificazioni all'AAI nel gruppo DG rispetto ai campioni normativi e clinici italiani (Cassibba et al., 2013)^a e internazionali (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009)^b.

	DG N = 56	Normativo ^a N = 842	Clinico ^a N = 260	Normativo ^b N = 693	Clinico ^b N = 1854
F	16 (29%)	508 (60%)	43 (17%)	392 (56%)	426 (21%)
Ds	11 (20%)	172 (21%)	79 (30%)	112 (16%)	389 (23%)
E	5 (9%)	92 (11%)	44 (17%)	63 (9%)	241 (13%)
U - CC	24 (43%)	70 (8%)	94 (36%)	126 (18%)	797 (43%)

F= Free (liberi/autonomi); Ds= Dismissing (distanzianti); E = Entangled (Invischiati); U= Unresolved (irrisolti a lutti e/o traumi); CC= Cannot Classify (non classificabili)

L'andamento è risultato essere il medesimo anche quando il gruppo DG è stato comparato ai campioni normativi e clinici rispetto alla dimensione disorganizzazione-organizzazione. Il nostro campione DG, infatti, differiva significativamente dai campioni normativi, sia da quello italiano ($\chi^2_{[1, N=898]} = 66.854$, $\rho < .001$, effect size $\phi = .27$) che da quello internazionale ($\chi^2_{[1, N=749]} = 19.698$, $\rho < .001$, effect size $\phi = .16$). Non sono state evidenziate, invece, differenze significative nel confronto con i campioni clinici.

Per quanto concerne le scale dell'esperienza all' AAI, non sono state evidenziate differenze tra il campione DG e CG, fatta eccezione per la scala dell'*affetto* del caregiver, in cui sono stati registrati punteggi più alti nel gruppo CG sia relativamente alla figura materna [$t = -2.808$, $\rho < .05$, effect size d di Cohen= .63] che paterna [$t = -3.456$, $\rho < .05$, effect size d di Cohen= .77].

Nel confronto relativo alle scale dello stato della mente, si è osservata la presenza di valori più elevati nel campione DG rispetto al campione CG, per quanto concerne la *svalutazione della relazione di attaccamento* [DG= 2.03 (1.70), CG= 1.44 (.97); $t = 3.032$, $\rho < .05$, effect size d di Cohen= .43] e la *rabbia* [DG= 1.86 (1.86), CG= 1.08 (.25); $t = 2.106$, $\rho < .001$, effect size d di Cohen= .59], solamente nei confronti del padre.

Nei confronti all'interno del gruppo DG (Tabella 3.4), tra i soggetti AMAB (assegnati alla nascita al genere maschile) e AFAB (assegnati alla nascita al genere femminile), non sono emerse differenze significative per quanto concerneva le classificazioni all'AAI, né rispetto alla dimensione sicurezza-insicurezza né rispetto a quella dell'organizzazione-disorganizzazione.

Tabella 3.4

Classificazioni all'AAI nel gruppo DG tra AMAB e AFAB nelle dimensioni sicurezza-insicurezza e organizzazione-disorganizzazione.

	AMAB N = 23	AFAB N = 33
	N (%) rs	N (%) rs
Sicuri (F)	5 (21.7%) -.9	11 (33.3%) .9
Insicuri (Ds - E - U - CC)	18 (78.3%) .9	22 (66.7%) -.9
Organizzati (F - Ds - E)	12 (52.2%) -.6	20 (60.6%) .6
Disorganizzati (U - CC)	11 (47.8%) .6	13 (39.4%) -.6

F= Free (liberi/autonomi); Ds= Dismissing (distanzianti); E = Entangled (Invischiati); U= Unresolved (irrisolti a lutti e/o traumi); CC= Cannot Classify (non classificabili)

AMAB= assegnati alla nascita al genere maschile, AFAB= assegnati alla nascita al genere femminile.

Esperienze Infantili Avverse

La prevalenza delle esperienze di vita avverse e potenzialmente traumatiche, occorse nei primi 18 anni di vita, è stata indagata tramite il questionario ACE. Il 24.5% del campione DG rispondente al questionario ACE (N= 53) ha riportato di non aver esperito esperienze di abuso o esposizione a forme di disfunzionalità familiare nel corso dello sviluppo, a differenza del 41.3% del campione rispondente CG (N= 46).

Questa differenza non è però risultata essere statisticamente significativa ($\chi^2_{[1, N=99]} = 3.168, \rho = .075$). Anche confrontando i due campioni sulla base della polivittimizzazione, rappresentata dall'occorrenza di almeno 4 forme differenti di esperienze avverse nel corso dello sviluppo (Murphy et al., 2014), non sono emerse differenze significative tra i due gruppi (Tabella 3.5), nonostante una percentuale di polivittimizzazione più alta nel gruppo DG.

Tabella 3.5

Polivittimizzazione (ACE < 4 versus ACE ≥ 4) nel campione DG e CG

	DG (N = 53)	CG (N = 46)
	N (%) rs	N (%) rs
ACE < 4	41 (77.4%) -1.2	40 (87.0%) 1.2
ACE ≥ 4	12 (22.6%) 1.2	6 (13.0%) -1.2

$\chi^2_{[1, N=99]} = 1.525, \rho = .217$

Confrontando il nostro campione DG con i dati della letteratura più aggiornati, relativi agli studi ACE (Felitti et al., 2019), è emersa una differenza significativa tra il nostro campione DG e la popolazione generale rispetto all'assenza di esperienze avverse nei primi 18 anni di vita ($\chi^2_{[1, N=9561]} = 11.638, p < .001, \text{effect size } \phi = .04$). Nel campione DG si registra una presenza più elevata di ACE rispetto a quanto osservato in letteratura. Anche rispetto alla prevalenza di polivittimizzazione (ACE ≥ 4) la differenza tra il nostro campione DG e la popolazione generale della letteratura è risultata essere significativa ($\chi^2_{[1, N=9561]} = 24.202, p < .001, \text{effect size } \phi = .05$), con una prevalenza maggiore di polivittimizzazione nel nostro campione DG.

La **Tabella 3.6** mostra i risultati relativi al confronto tra il gruppo DG e il gruppo CG relativamente alle 10 diverse tipologie di esperienze avverse che sono state indagate dagli studi ACE (www.cdc.gov/ace; Felitti & Anda, 2009). Come si evince, i due campioni differiscono rispetto all'aver esperito entro i primi 18 anni di vita esperienze di abuso emotivo (Minacce e Umiliazione da parte di un membro adulto della famiglia) e di separazione o divorzio genitoriale.

Tabella 3.6

Confronto tra i dati del campione DG e CG rispetto all'occorrenza dei diversi tipi di ACE.

	DG N = 53	CG N = 46			
	N (%) ^a rs	N (%) ^a rs	χ^2 (gl = 1)	p	ϕ
Abuso					
Minacce e Umiliazione	23 (43.3%) 2.0	11 (23.9%) -2.0	4.146	<.05	.21
Abuso Fisico	10 (18.9%) .2	8 (17.4%) -.2	.036	-	-
Abuso Sessuale	9 (17.0%) .5	6 (13.0%) -.5	.297	-	-
Ambiente Familiare Disfunzionale					
Violenza Assistita	4 (7.5%) -.2	4 (8.7%) .2	.044	-	-
Abuso di Sostanze	5 (9.4%) .5	3 (6.5%) -.5	.281	-	-
Familiare in prigione	3 (5.7%) 1.6	0 (0.0%) -1.6	2.685	-	-
Salute Mentale	12 (22.6%) .0	10 (22.2%) .0	.002	-	-
Divorzio	22 (41.5%) 2.3	9 (19.6%) -2.3	5.514	<.05	.24
Neglect					
Neglect Fisico	2 (3.8%) -.6	3 (6.5%) .6	.361	-	-
Neglect Emotivo	17 (32.1%) -.3	16 (34.8%) .3	.081	-	-

^a numerosità, percentuale e residui standardizzati relativi alle risposte "SI" al tipo di esperienza avversa.

Sintomatologia Dissociativa

Relativamente alla sintomatologia dissociativa, rilevata tramite la DES-II, sono risultati utilizzabili i dati riferiti a 47 soggetti del gruppo DG e a 44 appartenenti al gruppo CG. L'analisi dei punteggi ottenuti alla scala per le esperienze dissociative, ha evidenziato che il 21.7% (N=10) del campione DG ha riportato una sintomatologia superiore al punteggio cut-off di 30, utilizzato per lo screening dei disturbi dissociativi (Carlson & Putnam, 1993). Nel campione di controllo CG è stato osservato che il 9.1% dei soggetti ha superato il suddetto cut-off, pertanto, in questo senso, non è emersa una differenza significativa tra i due campioni. Confrontando i due campioni, relativamente al punteggio totale della DES, nonché delle sotto-scale dell'amnesia dissociativa e del funzionamento dissociativo, non è emersa alcuna differenza, mentre, relativamente alla sotto-scala della depersonalizzazione-derealizzazione, il gruppo DG differiva significativamente dal gruppo di controllo (Tabella 3.7), mostrando punteggi medi più elevati.

Tabella 3.7

Confronto tra il campione DG e CG rispetto all'esperienza dissociativa, rilevata tramite i punteggi medi alla DES-II ed alle sue sotto-scale.

	DG (N = 47) M (DS)	CG (N = 44) M (DS)	t (gl = 89)	ρ	d di Cohen
DES TOT	20.76 (15.4)	17.05 (9.2)	1.399	-	-
DES - amnesia	.98 (1.2)	1.10 (.87)	-.646	-	-
DES - funzionamento dissociativo	2.82 (1.9)	2.75 (1.6)	-.172	-	-
DES - depersonalizzazione/derealizzazione	2.18 (2.1)	.86 (1.3)	3.741	<.001	.76

Viceversa, nel confronto con la letteratura sui punteggi totali alla DES, è emerso che la media dei punteggi dei sintomi dissociativi osservata nel nostro campione DG [N=47, 20.76(15.45)] risultava superiore a quella relativa alla popolazione generale. Il campione DG, infatti, differiva significativamente dalla popolazione di controllo di una meta-analisi (van Ijzendoorn & Schüngel, 1996) degli anni 90 [N=1458, 11.57(10.63), $t = 4.078$, $\rho < .001$, effect size d di Cohen = .86] e di due studi più recenti, uno finnico (Maaranen et al., 2005) [N=2001, 8.0(8.1), $t = 5.662$, $\rho < .001$, effect size d di Cohen = 1.03] ed uno portoghese (Espírito Santo & Abreu, 2009) [N= 133, 10.02(6.5), $t = 4.765$, $\rho < .001$, effect size d di Cohen = .91].

Tabella 3.8A

Confronto tra i dati del nostro campione DG e i dati presenti in letteratura (Van IJzendoorn & Schuengel, 1996), rispetto ai sintomi dissociativi, rilevati tramite i punteggi medi alla DES.

Campioni	N	M (DS)	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>	<i>d</i> di Cohen
Campione DG	47	20.76	/	/	/
Disturbo da Personalità Multiple	355	44.64 (20.26)	-10.596 (400)	<.001	1.47
Disturbi Dissociativi	140	41.22 (21.99)	-9.078 (185)	<.001	1.18
Disturbo da Stress Post-Traumatico	121	32.01 (19.18)	-4.992 (166)	<.001	.73
Disturbi di Personalità	349	19.61 (16.24)	-.510 (394)	-	-
Disturbi dell'Alimentazione	203	14.82 (11.49)	2.636 (248)	<.05	.53
Disturbi d'Ansia	407	10.32 (9.99)	4.632 (452)	<.001	1.00
Controllo	1458	11.57 (10.63)	4.078 (298)	<.001	.86

Anche dal confronto con i campioni clinici della letteratura sono emersi risultati interessanti. Non essendovi dati aggiornati disponibili per il contesto italiano, è stato possibile confrontare i dati del nostro campione con quelli di due meta-analisi internazionali: i risultati relativi alla prima e più datata (van IJzendoorn & Schüngel, 1996) vengono riportati nella **Tabella 3.8A**, mentre i risultati dei confronti con la seconda e più recente (Lyssenko et al., 2017), vengono riportati nella **Tabella 3.8B**.

Tabella 3.8B

Confronto tra i dati del nostro campione DG e i dati meta-analitici recenti (Lyssenko et al., 2017) su campioni clinici, rispetto ai sintomi dissociativi, rilevati tramite i punteggi medi alla DES.

Campioni	N	M	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>p</i>
Campione DG	47	20.76	/	/
Disturbo Dissociativo dell'Identità	1313	48.7	-12.397 (1358)	<.001
Disturbi Dissociativi ^a	3073	38.9	-8.049 (3118)	<.001
Disturbo da Stress Post-Traumatico	2106	28.6	-3.479 (2151)	<.05
Disturbo Borderline di Personalità	1705	27.9	-3.168 (1750)	<.05
Disturbo di Conversione	857	25.6	-2.148 (902)	<.05
Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione	759	25.1	-1.926 (804)	-
Anoressia	253	24.1	-1.482 (298)	-
Disturbo da Sintomi Somatici	132	18.8	.870 (177)	-
Disturbi Depressivi ^a	833	15.3	2.423 (878)	<.05
Disturbi d'Ansia ^a	615	15.2	2.467 (660)	<.05

^a Categoria principale del DSM 5;

Non è stato possibile calcolare la dimensione dell'effetto tramite *d* di Cohen per insufficienza di indici di confronto.

Tabella 3.9
Punteggi medi alla DES-II all'interno del campione DG (organizzati versus disorganizzati).

CAMPIONE DG	ORG	DISORG
	(N = 26)	(N = 20)
	M (DS)	M (DS)
DES TOT	16.09 (13.2)	27.54 (16.1)
DES - amnesia	.96 (1.2)	1.01 (1.1)
DES - funzionamento dissociativo	2.26 (1.9)	3.63 (1.7)
DES - depersonalizzazione/derealizzazione	1.76 (1.4)	2.84 (2.6)

ORG= organizzati secondo la classificazione ottenuta all'AAI,
DISORG= disorganizzati secondo la classificazione ottenuta all'AAI.

sono state evidenziate differenze statisticamente significative rispetto alle sotto-scale dell'amnesia dissociativa ($Z = -.171$, $\rho = .869$) e della depersonalizzazione-derealizzazione ($Z = -1.063$, $\rho = .293$).

Solo il 38% (N=18) dei soggetti DG, per cui erano disponibili i dati relativi alla sintomatologia dissociativa a T0, hanno compilato la DES-II anche al tempo T1 (Tabella 3.10). Il numero

relativamente ridotto è dipeso da diversi fattori quali: differenti controindicazioni mediche che non hanno consentito l'assunzione del trattamento ormonale gender-affirming, decisione delle persone di proseguire il percorso di transizione con la sola riassegnazione anagrafica

e limiti temporali di durata della ricerca rispetto ai singoli percorsi di transizione. Al follow-up di 6-8 mesi successivo all'inizio del trattamento ormonale non sono state evidenziate differenze significative, rispetto alla sintomatologia dissociativa registrata a T0, relativamente alla scala totale ($Z = -.915$, $\rho = .375$), alla sotto-scala dell'amnesia dissociativa ($Z = -.973$, $\rho = .347$), a quella del funzionamento dissociativo ($Z = -.872$, $\rho = .398$) ed alla sotto-scala depersonalizzazione-derealizzazione ($Z = -.569$, $\rho = .599$).

Focalizzandoci sui sintomi dissociativi relativi al campione DG, abbiamo comparato i soggetti sulla base della classificazione all'AAI nella dimensione organizzazione-disorganizzazione (Tabella 3.9). Da questo confronto sono emerse differenze significative rispetto alla scala totale della DES-II ($Z = -2.615$, $\rho < .05$), ed alla sotto-scala del funzionamento dissociativo ($Z = -2.788$, $\rho < .05$). Diversamente non

Tabella 3.10

Punteggi medi alla DES-II del campione DG a T0 e a T1.

CAMPIONE DG	T0	T1
	M (DS)	M (DS)
DES TOT	20.97 (16.2)	20.49 (16.0)
DES - amnesia	1.23 (1.3)	1.02 (1.2)
DES - funzionamento dissociativo	2.70 (1.9)	2.54 (1.8)
DES - depersonalizzazione/derealizzazione	1.94 (1.7)	2.43 (3.9)

3.2.6 Risultati Studio 2: “La Mentalizzazione nella Disforia di Genere”

Nell'affrontare l'esplorazione della mentalizzazione in un campione con Disforia di Genere, tenendo conto che in questa popolazione è stata registrata un'alta co-occorrenza con i disturbi dello spettro autistico (De Vries et al., 2010; Van Der Miesen et al., 2016), dove, come noto, le competenze relative alla mentalizzazione risultano deficitarie (Baron-Cohen, 1991), abbiamo deciso di escludere dal nostro campione i casi in cui veniva superato il cut-off fissato per l'Autism Spectrum Quotient, utile a distinguere gli individui con sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento (AQ; Baron-Cohen et al., 2001). Non sono emerse differenze significative tra il gruppo DG e il gruppo CG rispetto alla distribuzione dei due campioni rispetto al suddetto cut-off. Sono stati esclusi dalle successive analisi 3 soggetti che superavano il cut-off dell'AQ. Di seguito vengono riportati i risultati dei soggetti rispondenti alle somministrazioni previste per questo studio, le cui caratteristiche sociodemografiche, di cui abbiamo tenuto conto nell'appaiamento, non differenziano significativamente dai dati riportati per la totalità del campione reclutato.

Reading the Mind

Relativamente al Reading the Mind in the Eyes test (RMET) sono risultati disponibili per le analisi i dati di 87 partecipanti alla ricerca (DG= 48.3%, CG= 51.7%). Il confronto tra i due gruppi non ha messo in evidenza differenze significative rispetto alle medie dei punteggi ottenuti al test, come riportato nella **Tabella 3.11**.

Confrontando il nostro campione DG con i dati disponibili in letteratura è emersa una differenza significativa rispetto ai dati normativi internazionali (Baron-Cohen et al., 2001) [DG= 23.5 (4.2), normativo internazionale= 26.2 (3.6); $t(162) = -4.117$, $p < .001$, effect size d di Cohen= .69] e nazionali (Vellante et al., 2013) [DG= 23.5 (4.2), normativo nazionale= 24.8 (4.2); $t(240) = -1.92$, $p = .05$, effect size d di Cohen= .31]. Non risulta invece significativa la differenza quando confrontato con i dati clinici internazionali relativi ai gruppi con sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento (Baron-Cohen et al., 2015).

Nonostante il numero ridotto dei nostri sotto-campioni, suddivisi in base al genere assegnato alla nascita ed all'incongruenza o meno del genere, abbiamo optato per alcune analisi non parametriche esplorative. All'interno del gruppo DG, dal confronto tra AMAB (assegnati alla nascita al genere maschile) e AFAB (assegnati alla nascita al genere femminile), è emersa una differenza significativa tra i due gruppi [AMAB= 21.65 (5.3), AFAB= 24.76 (2.8); $Z = -2.213$, $p < .05$].

Nel confronto con i dati normativi italiani, il sottogruppo AFAB non differiva significativamente dalle femmine cisgender. Anche per il sottogruppo AMAB non si osservavano differenze quando veniva confrontato con i maschi dei gruppi normativi italiani.

Tabella 3.11

Confronto tra il gruppo DG e CG relativamente al RMET e alla scala FR applicata all'AAI.

	DG M (DS)	CG M (DS)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> di Cohen
RMET (DG= 42, CG= 45)	23.50 (4.2)	24.11 (3.5)	.738	-	-
FR (DG= 52, CG= 36)	3.29 (1.9)	4.92 (1.7)	-4.196	<.001	.92

Empatia

L'esplorazione dell'empatia è stata condotta tramite il questionario EQ (Empathy Quotient) sviluppato da Baron-Cohen e Wheelwright (2004). Tenendo in considerazione il cut-off stabilito per lo strumento, abbiamo confrontato il gruppo DG (N=44) con quello CG (N=44). I risultati mostrano che il 65.9% (N=29, $r_s = -2.3$) del gruppo DG ha superato tale cut-off a differenza del 86% (N=38, $r_s = 2.3$) del gruppo CG. Tale differenza è risultata essere significativa e a favore del gruppo CG ($\chi^2_{[1, N=88]} = 5.066$, $p = < .05$, effect size $\phi = .24$).

I confronti con i dati della letteratura hanno evidenziato come il nostro campione DG abbia superato il cut-off meno frequentemente, evidenziando una differenza significativa sia rispetto ai dati normativi italiani ($\chi^2_{[1, N=300]} = 28.082$, $p = < .001$, effect size $\phi = .31$; Preti et al., 2011), che a quelli internazionali ($\chi^2_{[1, N=134]} = 9.038$, $p = < .05$, effect size $\phi = .26$; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Relativamente ai dati della letteratura riferiti ai soggetti adulti con sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), è emerso che questi differivano significativamente dai dati del nostro campione DG ($\chi^2_{[1, N=134]} = 28.982$, $p = < .001$, effect size $\phi = .47$), che superava più frequentemente il cut-off per le adeguate competenze empatiche.

Utilizzando le statistiche non parametriche, abbiamo deciso di eseguire alcune analisi esplorative per quanto riguardava i sotto-campioni AMAB e AFAB del gruppo DG. Confrontandoli tra loro non è emersa alcuna differenza significativa (Tabella 3.12). Nel confronto con i dati normativi italiani (Preti et al., 2011), il sottogruppo AMAB non differiva significativamente dai maschi cisgender, mentre per il sottogruppo AFAB è emersa una differenza significativa, confrontandolo con le femmine dei gruppi normativi italiani (EQ > 30: AFAB= 17 (60.7%), F=134 (88.5%), $\chi^2_{[1, N=166]} = 37.495$, $p = < .001$, effect size $\phi = .48$). La medesima differenza si osservava anche nel confronto tra i dati del sottogruppo AFAB e quelli delle femmine cisgender del nostro gruppo CG (EQ > 30: AFAB= 17 (60.7%), F=23

Tabella 3.12

Risultati all'EQ, rispetto al cut-off, nei gruppi AMAB e AFAB del campione DG.

	AMAB (N = 16)	AFAB (N = 28)
	N (%)	N (%)
	r_s	r_s
EQ ≤ 30	4 (25.0%) -1.0	11 (39.3%) 1.0
EQ > 30	12 (75.0%) 1.0	17 (60.7%) -1.0

(88.5%), $\chi^2_{[1, N=54]} = 5.405$, $\rho < .05$, effect size $\phi = .32$), mentre non si osservavano differenze tra AMAB e maschi cisgender del nostro gruppo CG.

Funzione Riflessiva

Per l'analisi della funzione riflessiva ci siamo avvalsi della Scala del Funzionamento Riflessivo (FR), applicata all'Adult Attachment Interview (Fonagy et al., 1998). Come riportato nella Tabella 11, dal confronto tra il nostro gruppo DG e quello CG è emersa una significativa differenza nei punteggi medi registrati su questa scala. Il sotto-campione CG, infatti, ha ottenuto un punteggio medio più elevato rispetto al gruppo DG. Anche confrontando il nostro gruppo DG con i dati normativi internazionali (Fonagy et al., 1996) è stata osservata una differenza significativa [DG= 3.29 (1.9), normativo internazionale= 5.2 (1.5); $t(135) = -7.448$, $\rho < .001$, effect size d di Cohen= 1.13], che vedeva punteggi più bassi per la FR nel nostro campione DG.

Abbiamo proseguito con le analisi esplorative condotte in base all'identità di genere ed al sesso biologico. All'interno del gruppo DG, confrontando tra loro AMAB (N=21) e AFAB (N=31), è emersa una differenza significativa tra i due gruppi [AMAB= 2.71 (2.1), AFAB= 3.68 (1.6); $Z = -2.485$, $\rho < .05$], con punteggi medi più elevati nel gruppo AFAB.

Confrontando tra loro AMAB (N=21) e maschi cisgender (Mc; N=12) è emersa una differenza significativa [AMAB= 2.71 (2.1), Mc= 4.67 (2.0); $Z = -2.866$, $\rho < .05$]. Si osservava una differenza significativa anche dal confronto tra AFAB (N=31) e femmine cisgender (Fc; N=24) [AFAB= 3.68 (1.6), Fc= 5.04 (1.5); $Z = -3.016$, $\rho < .05$]. In entrambi i casi i soggetti appartenenti al gruppo CG mostravano punteggi medi più elevati rispetto a quelli appartenenti al gruppo DG.

3.3.1 Discussione dello Studio 1

Per quanto riguarda la prima ipotesi essa è stata confermata, infatti, nel confrontare il nostro campione con disforia di genere con quello cisgender rispetto alla valutazione degli stati mentali rispetto all'attaccamento attraverso l'analisi dei trascritti dell'AAI, è emersa una differenza significativa tra i due gruppi. Rispetto alla dimensione sicurezza-insicurezza, infatti, il nostro campione DG ha mostrato una sovra-rappresentazione di modelli operativi interni (MOI) insicuri (71.4%; $r_s=3.6$), a significare che l'esperienza di vita dei partecipanti transgender è stata connotata da relazioni d'attaccamento contrassegnate dalla mancata soddisfazione dei bisogni emotivi, a differenza di una più alta frequenza di pattern sicuri nel gruppo cisgender (66.7%; $r_s= 3.6$). Anche rispetto alla dimensione organizzazione-disorganizzazione si è evidenziata una differenza significativa che vedeva una sovrarappresentazione di pattern irrisolti o non classificabili nel gruppo DG (42.9%; $r_s=2.9$). In particolare abbiamo riscontrato la presenza di pattern U/CC (14.3% del gruppo DG; $r_s=2.4$) solo in questo gruppo, non risultavano infatti essere presenti classificazioni U/CC o CC nel gruppo di controllo. Pertanto, solo nel gruppo DG è stata osservata la condizione di molteplicità di MOI. In questi casi era sempre presente anche la condizione di irrisoluzione e non sono quindi stati osservati casi di sola classificazione CC. Per quanto concerneva la sola classificazione U questa è stata osservata nel 30.5% del gruppo DG a differenza del 13.9% osservato nel gruppo di controllo.

Anche nel confronto con gli studi internazionali e nazionali sulla popolazione normativa è emersa una differenza significativa, su entrambe le dimensioni, con il nostro campione DG, che mostrava un più alto tasso di pattern insicuri e disorganizzati. Non risultavano differenze, invece, rispetto ai campioni clinici nazionali ed internazionali, il che conduce a pensare la popolazione con DG come una popolazione a rischio, sotto questo punto di vista.

Rispetto agli studi empirici alla luce della teoria dell'attaccamento condotti su campioni con DG dello scenario internazionale, i nostri risultati si avvicinano maggiormente a quelli di Zucker e collaboratori (1996), di Birkenfeld-Adams (2000), che hanno riscontrato una maggiore prevalenza di insicurezza dell'attaccamento nei ragazzi che presentano questa condizione rispetto ai giovani cisgender. Tuttavia, è interessante notare come, a differenza di questi, che riportano una sovrarappresentazione di stati mentali preoccupati, il nostro studio rileva invece una percentuale maggiore di categorie irrisolte, suggerendo che le esperienze dei nostri partecipanti adulti con DG è stata connotata dalla presenza di eventi traumatici e/o perdite che presentano caratteristiche di irrisoluzione. Spostandoci nel panorama italiano, i nostri risultati paiono in linea con la maggioranza degli studi condotti nel territorio nazionale, fatta eccezione per lo studio di Amodeo e collaboratori (2015), in cui la maggioranza dei soggetti trans sono stati classificati con attaccamento sicuro. È necessario precisare che in questo studio i partecipanti non afferivano a centri specializzati, ma erano stati reclutati online tramite associazioni LGBT. Inoltre non è stata utilizzata AAI, bensì un questionario sull'attaccamento. Ad un livello di analisi più approfondito, considerando la classificazione a 4 vie, è possibile notare che in ragione dell'eterogeneità dei profili insicuri emersa nei campioni italiani con

DG, alcuni studi risultano più in linea con i nostri risultati rispetto ad altri. In particolare, i nostri risultati si avvicinano maggiormente a quelli in cui si è evidenziata un'alta prevalenza di pattern disorganizzati (Lingiardi et al., 2017; Giovanardi et al., 2018), i quali nell'insieme segnalano percentuali di irrisoluzione comprese tra il 43% e il 50%. In merito invece alla categoria distanziante e preoccupata, dai nostri risultati non si evidenziano differenze dai controlli rispetto a queste due categorie, a differenza di quanto osservato da altri colleghi italiani che riscontravano una maggiore prevalenza di classificazioni distanzianti (Colizzi et al., 2013; Vitelli & Riccardi, 2010). Questi campioni, a differenza del nostro, erano prevalentemente composti da soggetti AMAB i quali, secondo alcuni studi (Fisher et al., 2013; Cussino et al., 2017), tenderebbero a presentarsi in età più tardiva nei centri specializzati. Infatti, è caratterizzante dello stato della mente distanziante la tendenza a sottolineare la propria forza ed indipendenza, mentre è scarsa la disclosure sul dolore, il disagio o sentimenti di bisogno (Cassidy e Shaver, 2010); di conseguenza, vi potrebbero essere resistenze nel richiedere assistenza e aiuto anche rispetto alle cure mediche utili alla transizione.

In linea con la letteratura, che non osserva differenze di genere rispetto all'attaccamento (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009), non sono state riscontrate delle differenze significative rispetto alle classificazioni relative al pattern di attaccamento confrontando i sotto-gruppi AMAB e AFAB.

Rispetto alle esperienze di vita avverse e potenzialmente traumatiche esperite nei primi 18 anni di vita (ACE) sono stati indagate le 10 tipologie di esperienze previste dagli studi ACE (Felitti et al., 1998). Nel confronto con il gruppo di controllo non sono emerse differenze rispetto al numero di tipologie di esperienze avverse, dove il 75.5% del gruppo DG ed il 58.7% del gruppo cisgender aveva subito almeno un ACE. Come riportato dalla letteratura, infatti, esperienze di questo tipo sono molto probabili, tanto che risultano essere state presenti nei 2/3 della popolazione generale (Felitti et al., 2009). Anche rispetto alla presenza di polivittimizzazione, caratterizzata dalla presenza di 4 o più ACE nel corso dello sviluppo (Murphy et al., 2014), non abbiamo riscontrato differenze tra i nostri due gruppi. Rispetto ai dati relativi alla popolazione generale descritti dalla letteratura, però, il campione trans ha riportato una prevalenza maggiore di ACE sia in termini di presenza di almeno una delle tipologie contemplate sia relativamente alla polivittimizzazione. Questo dato ci informa del fatto che il benessere della popolazione trans risulta essere maggiormente a rischio, infatti è stato dimostrato che le ACE hanno un impatto cumulativo sulla salute sia fisica che mentale delle ACE di sviluppare delle sofferenze dal punto di vista fisico e mentale (Brown et al., 2010).

Relativamente alla qualità delle ACE esperite abbiamo però osservato una differenza significativa tra i due gruppi, infatti la popolazione con DG mostra una prevalenza maggiore di esperienze di abuso emotivo, avvenuto tramite minacce e umiliazione da parte dei familiari. Inoltre l'esperienza di divorzio tra i genitori è anch'essa prevalente nel campione DG.

Nel nostro campione con DG, in linea con quanto viene descritto dalla letteratura, è stata riportata un'insorgenza del disagio legato alla varianza di genere

molto precoce, rispettivamente del 53.2% nell'infanzia e del 36.2% nell'adolescenza, per cui è probabile che l'espressione di genere atipica rispetto al sesso biologico venisse già manifestata durante lo sviluppo. Potremmo ipotizzare, dalle osservazioni cliniche e da quanto riportato in precedenza in letteratura (Gehring & Knudson, 2005; Grossman et al., 2006), che l'ambiente relazionale non accettante si esprima sotto forma di minacce ed umiliazioni e che questo sia collegato alla varianza di genere espressa durante l'infanzia e l'adolescenza. Infatti pare che la famiglia possa reagire alla comunicazione della varianza di genere con comportamenti estremi, quali abusi verbali, emotivi e fisici, fino a costringere i giovani trans ad uscire da casa, abbandonandoli (Burgess, 1999). Pare quindi che le esperienze di vittimizzazione e abuso da parte dell'ambiente sociale (Bockting et al., 2013; Schneeberger et al., 2014; Shiffman et al., 2016) partano già dall'ambiente familiare. la famiglia può reagire con comportamenti estremi, quali abusi verbali, emotivi e fisici, fino a costringere i giovani ad uscire da casa, abbandonandoli (Burgess, 1999).

I risultati relativi alle scale dello stato della mente, in cui è emersa rabbia e svalutazione della relazione di attaccamento nei confronti dei padri, potrebbero essere letti in questa cornice come la reazione a minacce e abusi emotivi subiti, probabilmente mossi dalla non accettazione da parte dei padri, che, come riportato in letteratura, risultano avere, in misura maggiore rispetto alle madri, maggiori aspettative che i figli aderiscano agli stereotipi culturali (Langlois & Downs, 1980). Queste interpretazioni sembrano esser corroborate da ricerche condotte su transgender adolescenti (Wren, 2002), dalle quali è emerso come siano le madri a mantenere più spesso relazioni positive e accettanti con i figli transessuali, mentre i padri tendono a non accogliere le problematiche emotive che derivano dalla condizione dei figli. Un'altra lettura potrebbe essere che, essendo riportato un tasso più alto di divorzi, la svalutazione della relazione di attaccamento e la rabbia nei confronti del padre potrebbero essere interpretate come una risposta ad un padre probabilmente meno presente nell'ambiente familiare.

Alla luce dei nostri risultati, in accordo con Mohr (1999), è possibile ipotizzare che gli stati mentali insicuri esponano in età adulta i soggetti con DG a maggiori difficoltà in termini di adattamento, poichè alimentano il timore di essere stigmatizzati e di non ricevere supporto a causa della loro diversità. D'altra parte, la presenza consistente di categorie sicure evidenziata da alcune ricerche (Conte et al., 2008; Amodeo et al., 2015) non può essere ignorata e va a sostegno dell'abbandono di ipotesi eziologiche esplicative univoche relative alle dinamiche familiari (Cohen-Kettenis, 2005). Avendo osservato in questi studi sull'attaccamento, in persone transgender non afferenti a centri specializzati, un'alta prevalenza di pattern sicuri, potremmo ipotizzare che una quota della sofferenza che spinge le persone con DG ad afferire ad un centro specializzato per intraprendere un percorso di transizione non sia ascrivibile esclusivamente al disagio legato al proprio corpo, ma agli esiti delle esperienze di vita, tra cui quelle relazionali con figure di attaccamento meno responsive o abusanti da un punto di vista psicologico. Questa ipotesi potrebbe essere corroborata dalla differenza significativa osservata nella scala dell'affetto del caregiver, che ha visto sia madri che padri meno amorevoli

nei confronti dei figli trans, e dalla prevalenza significativamente più elevata di esperienze di umiliazione e minaccia da parte dei familiari per i partecipanti con DG.

Relativamente alla sintomatologia dissociativa è stato osservato che il 21.7% del campione DG superava il cut-off alla DES-II, che indica una maggior probabilità di presenza di disturbi dissociativi. Soffermandoci sul punteggio globale alla scala abbiamo osservato come non vi fossero differenze significative con il gruppo di controllo, al pari di quanto osservato per la sotto-scala dell'ammnesia dissociativa e del funzionamento dissociativo, nonostante una media di punteggio più elevata nel gruppo DG. L'unica differenza significativa osservata riguardava la sotto-scala della depersonalizzazione-derealizzazione. Viceversa, nel confronto con i dati presenti in letteratura, il nostro campione DG mostrava livelli di sintomatologia dissociativa più elevati rispetto alla popolazione generale. I dati più interessanti sono però derivati dal confronto con i dati relativi alla popolazione clinica: infatti il nostro campione riportava punteggi di dissociazione inferiori ai campioni con disturbi dissociativi e da stress post traumatico, in cui la sintomatologia comune è la grave dissociazione patologica; i punteggi erano invece simili a quelli riscontrati in alcuni quadri diagnostici, in cui parte della sofferenza è legata al corpo o al senso di estraneità da esso, come nei disturbi alimentari, a sintomi somatici o di depersonalizzazione/derealizzazione. I fenomeni dissociativi, seppur più frequenti in alcune categorie diagnostiche caratterizzate tipicamente da un'eziologia traumatica, come i disturbi dissociativi, il disturbo borderline di personalità, il disturbo da stress post traumatico e alcuni disturbi somatoformi, si possono presentare in molti altri quadri (Classen et al., 2006; Haaland & Landro, 2009; Lanius et al., 2010; Farina & Liotti, 2018). Possono altresì, a differenza dei fenomeni clinici, presentarsi in modo transitorio e con una minor frequenza anche nella popolazione non clinica (Hunter et al., 2004; Kihlstrom, 2005).

Vista la specifica sofferenza legata al senso di estraneità dal proprio corpo tipica della DG e, al contempo, l'alta prevalenza di disorganizzazione dell'attaccamento e di esperienze di abuso emotivo, che sono riconosciuti come possibili fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di dissociazione, abbiamo deciso di focalizzarci sulla popolazione con DG, confrontando i partecipanti sulla base della classificazione all'AAI nella dimensione organizzazione-disorganizzazione. Ciò che è emerso è che per quanto concerneva la sotto-scala della depersonalizzazione, in cui era risultata una differenza significativa col campione di controllo, non vi erano differenze significative tra i partecipanti trans organizzati e disorganizzati. Questo risultato può far ipotizzare che aspetti dissociativi di depersonalizzazione e derealizzazione siano una qualità intrinseca della condizione di disforia di genere. Tale ipotesi pare essere in linea con precedenti considerazioni (Colizzi et al., 2013; Kersting et al., 2013) secondo cui andrebbe usata molta cautela nel diagnosticare disturbi dissociativi nella popolazione con DG. Gli autori che in precedenza si erano occupati di questa tematica avevano sottolineato come l'item n°13 alla DES-II (*Ad alcune persone capita di avere la sensazione che il proprio corpo non appartenga loro*) aumentasse il punteggio alla sotto-scala depersonalizzazione/derealizzazione e come potesse essere motivo di fraintendimento, mal prestandosi a rilevare la presenza di sintomi dissociativi in popolazioni di transessuali (Kersting et al., 2003).

Anche escludendo questo item dalla comparazione sulla dimensione della derealizzazione/depersonalizzazione tra il gruppo con DG e il controllo cisgender, la significatività non cambia ($t = 2.193$, $p = < .05$).

Possiamo quindi ipotizzare che la sintomatologia osservata sia in maggior prevalenza di tipo sub-clinico e non dipenda esclusivamente da un'eziologia peri-traumatica, ma che in ogni caso, in una sua quota, esprima la sofferenza e il malessere di queste persone. Ciò che connoterebbe queste esperienze come dissociative dipende dal fatto che esprimerebbero un'alterazione della funzione integrativa della percezione di sé, nonostante sia mantenuta una certa unità e continuità del sé (Hunter et al., 2004)

A differenza di altri studi di follow-up, in cui si è registrata una diminuzione significativa della sintomatologia dissociativa dopo il trattamento ormonale (Colizzi et al., 2013), non abbiamo registrato un abbassamento significativo dei punteggi dissociativi. In particolare, alla sotto-scala della depersonalizzazione/derealizzazione, pare anzi che la tendenza si direzioni verso un leggero innalzamento. Questi risultati parziali non risultano quindi in linea con la letteratura, che indica che il percorso di transizione, e nello specifico il trattamento ormonale, porti ad un aumento del benessere delle persone trans ai follow-up (Gómez-Gil et al., 2008; Gorin-Lazard et al., 2012). Potrebbero essere però letti in virtù del fatto che il nostro campione si compone per la maggior parte di individui AFAB, a differenza di quello di Colizzi e colleghi (2013), nei quali è stato osservato che la riduzione del distress legato alla percezione del proprio corpo dopo il trattamento ormonale sia minore rispetto a quanto registrato nelle persone AMAB. Quella tendenza all'aumento dei livelli di sintomatologia dissociativa a T1 potrebbe rappresentare una sorta di effetto paradosso in cui la mascolinizzazione corporea data dal trattamento gender affirming renda maggiormente marcata la discrepanza tra il proprio sentire e i caratteri sessuali femminili ancora presenti.

3.3.2 Discussione dello Studio 2

La mentalizzazione consiste in un insieme di capacità che permettono di essere consapevoli dei propri e altrui stati mentali, di elaborare una riflessione sui significati del proprio ed altrui comportamento e di comprendere cosa accade all'interno delle esperienze interpersonali. Pertanto, i processi ad essa legati implicano la percezione e l'interpretazione dei comportamenti umani come il risultato di processi e stati mentali soggettivi, quali, ad esempio, bisogni, desideri, aspettative, sentimenti, pensieri e credenze (Bateman & Fonagy, 2010). La mentalizzazione consente all'individuo di comprendere la natura rappresentazionale della mente e di distinguere tra la realtà interna e quella esterna (Fonagy et al., 2016).

Relativamente ai nostri risultati, per quanto concerneva la capacità di mind-reading rilevata con il RMET, abbiamo osservato che non ci fossero differenze tra il campione di controllo cisgender e quello con Disforia di Genere. Quest'ultimo, aveva ottenuto un punteggio che non differiva da quello della popolazione normativa italiana. I punteggi ottenuti, pertanto, riflettevano un'adeguata abilità nel comprendere lo stato mentale altrui, in termini di Teoria della Mente. Da alcuni studi è emerso come il RMET sia utile per rilevare alcuni aspetti complessi dell'intelligenza sociale, in particolare la capacità di inferire stati mentali complessi per mezzo di informazioni che provengono dalla regione oculare del volto e le competenze di riconoscimento affettivo: pare quindi che nel nostro campione transgender vi siano buone capacità di Teoria della Mente in termini affettivi.

Dal confronto tra individui AMAB e AFAB, all'interno del gruppo di persone trans, è emersa una differenza significativa, che vedeva gli individui AFAB più abili nel riconoscimento dello stato mentale dell'altro, in termini affettivi, rispecchiando l'andamento riportato in letteratura, che ha osservato migliori punteggi a questo test nelle donne biologiche (Kirkland et al., 2013). È importante sottolineare che gli stimoli usati nel RMET consistono in foto di parti del viso e quindi sono meno ricchi di informazioni di quelli incontrati in contesti reali, sia perché non ritraggono tutto il volto, sia perché non riproducono gli aspetti cinetici dell'espressione emotiva. In letteratura è emerso che gli uomini hanno prestazioni inferiori alle donne quando si tratta di riconoscere espressioni emotive a partire da stimoli degradati (Hoffmann et al., 2010).

Quando i dati relativi ai due gruppi transgender AMAB e AFAB venivano confrontati con quelli normativi italiani rispettivamente di maschi e femmine, non si osservavano differenze significative.

Rispetto al livello di empatia, intesa come la capacità di identificare le emozioni e i pensieri altrui e di rispondere a questi con un'appropriata emozione, si sono invece registrate delle differenze significative tra il gruppo cisgender e transgender. Quest'ultimo, infatti, ha superato meno di frequente il cut-off dell'EQ stabilito per definire un'adeguata capacità empatica. Lo stesso è stato osservato nel confronto con i campioni normativi internazionali ed italiani.

Tuttavia, dal confronto con i dati clinici esteri, riferiti alla popolazione con sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento, pur emergendo una

differenza significativa, questa si esprimeva in una miglior competenza empatica del nostro campione transgender.

All'interno della nostra popolazione transgender, i sotto-gruppi AMAB e AFAB non differivano significativamente tra loro, mentre, se confrontati con i dati normativi italiani in base al sesso biologico, si osservava che solamente gli individui AFAB risultavano meno competenti, per quel che riguarda l'empatia, rispetto alle femmine cisgender.

I risultati concordano parzialmente con quanto riscontrato da Di Ceglie et al., (2014) che ha valutato il Quoziente di Empatia in un gruppo di adolescenti con DG. Lo studio ha riportato come in media gli adolescenti con DG, in particolare gli adolescenti AFAB, avessero mostrato un'empatia inferiore rispetto ai controlli. Mentre i nostri risultati confermano l'ipotesi degli autori di rilevare punteggi inferiori nei soggetti con DG rispetto al gruppo di controllo e di riscontrare livelli inferiori di empatia cognitiva nei soggetti AFAB, non supportano l'ipotesi di una loro peggior prestazione degli individui AFAB rispetto al gruppo AMAB.

Poiché sono noti i numerosi effetti positivi dell'empatia all'interno delle relazioni interpersonali sul benessere, sulla motivazione ai comportamenti prosociali, sulle capacità di adattamento e sull'inibizione di comportamenti aggressivi, questi risultati mettono in luce l'importanza di offrire interventi psicologici che migliorino le capacità comunicative ed empatiche degli individui con DG e che consentano di prendere decisioni più informate riguardo al trattamento.

Infine è stata utilizzata la Scala del Funzionamento Riflessivo, originariamente costruita per valutare le descrizioni delle interazioni Sè-Altro in termini stati mentali, all'interno dei trascritti dell'AAI. Questa scala viene utilizzata per la valutazione della Funzione Riflessiva, che si riferisce alla capacità umana di comprendere e riflettere sui propri e altrui stati mentali e sull'interazione con l'altro, creando delle inferenze su di essi e sui comportamenti che ne derivano. La Funzione Riflessiva, inoltre, dà forma e coerenza all'organizzazione del Sé che è al di fuori della consapevolezza.

Rispetto a questa scala, il nostro campione transgender ha ottenuto punteggi significativamente meno elevati nel confronto con il gruppo di controllo cisgender e con i dati normativi. Considerando la forte connessione che lega la qualità delle relazioni di attaccamento e le capacità di mentalizzazione dell'individuo adulto, questo risultato ben si accorda con l'elevata presenza delle categorie Insicuri e Disorganizzati rispetto all'attaccamento, rilevata all'AAI nel gruppo DG nel primo studio. Il punteggio medio della FR riscontrato per il gruppo con DG corrispondeva ad una valutazione di "*funzione riflessiva dubbia o scarsa*", mentre il punteggio medio del gruppo di controllo corrispondeva ad una valutazione di "*funzione riflessiva chiara o comune*", in linea con la media attesa proposta da Fonagy (Fonagy et al., 1996). Dall'analisi dei trascritti dell'AAI del gruppo DG sono state rilevate risposte caratterizzate dalla tendenza alla banalizzazione e all'utilizzo di affermazioni stereotipate e/o pseudo-mentalizzanti. Nonostante alcuni sforzi di mentalizzazione e il riferimento a un linguaggio mentalizzante, le riflessioni erano, in media, povere di

dimostrazioni di un'effettiva comprensione delle implicazioni degli stati mentali nelle dinamiche relazionali e in termini di aspetti evolutivi.

Da questi risultati possiamo dedurre che rispetto alle competenze di Teoria della Mente in termini affettivi e quindi alla comprensione di che cosa l'altro stia provando, pare vi sia per gli individui con DG una competenza adeguata e nella media. Quando invece si tratta di empatizzare ed assumere emotivamente i panni dell'altro, rispondendo empaticamente, le persone transgender risultano meno competenti.

L'aver vissuto in un ambiente di cura meno responsivo, come delineato dai risultati del primo studio rispetto alla scala dell'affetto del caregiver, e abusante dal punto di vista emotivo, come evidenziato dalla maggior prevalenza di esperienze di umiliazione e minaccia da parte dei famigliari, può aver influito sullo sviluppo di tale abilità, implicata a sua volta nel processo di regolazione emotiva. Anche la varianza di genere potrebbe essere un fattore implicato in questa dinamica: infatti potrebbe essersi presentato un fallimento nel rispecchiamento della discrepanza vissuta dalle persone transgender durante il loro sviluppo da parte dei loro caregivers. Il rifiuto e la mancanza di sintonizzazione da parte del caregiver nel rispecchiare la varianza di genere provata dall'individuo può incidere sulla sua sensibilità e consapevolezza interocettiva, influenzando sulla possibilità di riflettere su se stessi e di pensare a come gli altri vedono la propria persona (Langer, 2019). Attraverso i processi di mentalizzazione del proprio corpo e di rispecchiamento da parte delle figure significative l'individuo ha la possibilità di sentirsi "socialmente visibile", imparando a regolare i propri stati emotivi, a riconoscere l'esistenza di prospettive diverse, a contemplare gli stati mentali dal punto di vista del loro impatto sul proprio e altrui comportamento, a tenere conto di come si viene percepiti dagli altri. Tuttavia, in assenza di questo riconoscimento, può sentirsi invisibile o rifiutato come persona: umiliazioni e svalutazioni riferiti ai propri atteggiamenti e alla varianza di genere mostrata possono condurre allo sviluppo di uno stato di vergogna interiorizzata che limita il funzionamento riflessivo e esacerba la tensione tra la percezione di sé privata e quella sociale e condivisa (ibidem). La possibilità, invece, di incorporare la varianza di genere come tratto positivo dell'identità, aumentando i livelli di funzionamento riflessivo, contribuirebbe a promuovere una migliore salute emotiva.

3.4 Limiti e direzioni future

Gli studi presentati condividono alcuni limiti. Il verificarsi di assenza di differenze statisticamente significative o di basse dimensioni di effetto, nonostante i casi in cui era presente un'alta significatività statistica, potrebbe dipendere dalla numerosità ridotta del campione o dalla troppa variabilità al suo interno, il che potrebbe essere indicativo di una differenza nel grado di relazione con le variabili dipendenti oggetto di studio tra i soggetti della ricerca. Ulteriori somministrazioni consentirebbero di eseguire un'analisi più approfondita. Dovremmo anche tenere conto della possibilità dell'esistenza di una o più variabili confondenti, che possano influenzare le relazioni tra variabili, sia dipendenti che indipendenti, causando così associazioni spurie o non causali. Con le dimensioni attuali del campione sarebbe piuttosto difficile adottare tecniche di analisi più complesse (ad esempio Random Forest) perché queste richiederebbero grandi quantità di dati. Come direzioni future prevediamo quindi di ampliare il nostro campione in modo da poter testare dei modelli più complessi, come modelli di mediazione/moderazione, ad esempio nello studio della mentalizzazione in relazione all'incongruenza di genere e alla storia di attaccamento.

I risultati, in termini di generalizzabilità, non possono estendersi all'intera popolazione transgender, riferendosi ad un campione di soli afferenti ad un centro specializzato. Infatti, non tutti gli individui che presentano incongruenza di genere si rivolgono ai centri medici specializzati o decidono di intraprendere un programma di adeguamento medico-chirurgico. Inoltre va tenuto conto dalla composizione del campione stesso, in quanto la sex ratio AMAB/AFAB non è proporzionata.

Anche il carattere volontario del reclutamento, assieme alla necessità di appaiamento per alcune variabili sociodemografiche del campione di controllo, ha reso complesso il processo di reclutamento.

Relativamente alle direzioni future della ricerca, andrebbe condotta un'analisi qualitativa più approfondita sui trascritti dell'AAI, ad esempio sulla qualità dell'abuso emotivo (minacce e umiliazione), per indagare se effettivamente fosse collegato alla varianza di genere espressa dai partecipanti transgender durante la loro infanzia e adolescenza. Inoltre, essendo il questionario ACE un self-report, sarebbe interessante incrociare i risultati con quanto emerge dall'AAI. Data la natura delle esperienze indagate è possibile che il numero delle esperienze avverse osservate sia sottostimato. Le esperienze traumatiche, infatti, possono essere motivo di profonda vergogna per chi le ha subite, portando alla difficoltà di condividerle o ripensarle o possono non essere state integrate da parte dei processi di elaborazione, lasciandole dissociate (Schore, 2008; van der Kolk, 2015).

Inoltre, come accennato nella discussione, pare necessario approfondire le analisi relative alle peculiarità delle manifestazioni dissociative che abbiamo registrato. In questo senso applicare analisi più approfondite e confrontarci direttamente con le persone implicate sul loro sentire ci aiuterà a fare maggior chiarezza a riguardo. Rispetto alle valutazioni di questa sintomatologia ai follow-up, sarà interessante, all'interno del progetto più ampio, osservare se, con l'aumentare

del campione, vi saranno delle differenze o meno tra gli individui AMAB e AFAB e in che direzione andranno i risultati al secondo follow-up dopo l'intervento di RCS.

Relativamente allo studio della mentalizzazione approfondiremo le nostre indagini per comprendere il ruolo giocato dall'attaccamento, dal trauma e della condizione di disforia di genere a prescindere da essi.

Conclusioni

L'organizzazione del sé si sviluppa sulle complesse strutture rappresentazionali, note appunto come MOI, che si costituiscono in base all'esperienza relazionale precoce con i caregivers. In base a questi modelli, che hanno una certa stabilità nel corso dello sviluppo, la persona fa delle sintesi delle relazioni con gli altri significativi, con la creazione di memorie implicite che influenzeranno la visione del sé, dell'altro, delle relazioni e le strategie di regolazione affettiva del soggetto (Stern, 1985; Main et al., 1985). La percezione di sé avviene proprio a partire dalle relazioni interpersonali ed il rifiuto e la minaccia, in modo particolare se vissuto con gli altri significativi, costituiscono degli elementi secondo i quali il sé e l'altro vengono percepiti negativamente in una cornice di emozioni negative, che vengono ri-innescate dalle situazioni sociali (Guidano e Liotti, 1983, 2018; Schore, 2001). I ricordi relativi alla vergogna, tipici delle interazioni umilianti, ad esempio, contribuiscono alla costituzione di un senso di fragilità e ad un significato negativo del sé, avendo un forte impatto sulla regolazione emotiva (Schore, 2001). I pattern insicuri sono associati ad un senso maggiore di solitudine e isolamento sociale e a maggiori difficoltà relazionali (Larose et al., 2001).

Spesso la richiesta delle persone al momento dell'afferenza ai centri riguarda la presa in carico da un punto di vista medico e chirurgico, enucleando il più delle volte il malessere nella discrepanza tra il proprio corpo ed il proprio genere. Dai nostri risultati, allineati a quelli degli studi precedenti, e dalla letteratura sulla vittimizzazione e sulla transfobia, si nota come parte della sofferenza non dipenda solamente dalla conformazione corporea, ma anche dall'aspetto relazionale. Un ambiente sociale non accettante porta inevitabilmente ad un senso di esclusione e malessere, che spesso conduce a sofferenze inenarrabili, come ci dimostrano gli studi che hanno evidenziato l'alto tasso di suicidi in questa popolazione (Bockting et al., 2005). Non soltanto l'ambiente familiare esercita un'influenza sul soggetto, ma anche le relazioni con l'ambiente esterno (Joiner et al., 2009; Schvey et al., 2019). Ad esempio, la relazione con il gruppo dei pari, sin dall'età prescolare, sembra essere un fattore protettivo dal rischio di insorgenza di condizioni psicopatologiche future (Tyrrell et al., 1999; Simons et al., 2013; Sroufe et al., 1999). A questo si aggiunge il fatto che si possono verificare cambiamenti all'interno delle configurazioni relazionali durante l'adolescenza e l'età adulta, fasi della vita in cui il rapporto con i pari e con la società in generale sembra assumere un forte peso per l'individuo (Sroufe et al., 1999). Queste esperienze successive possono essere tanto ritraumatizzanti quanto protettive. L'alto tasso di insicurezza e disorganizzazione osservato nel campione con DG ci informa del fatto che il senso di sicurezza è carente in questa popolazione e che ogni esperienza di non accettazione andrà quindi a risollecitare una sofferenza soggettiva e relazionale probabilmente già presente.

Si dovrebbe quindi soffermarsi a riflettere sul fatto che la stigmatizzazione ed il rifiuto di comportamenti cross-gender da parte dei familiari, il fatto di sentirsi da essi respinti, il giudizio e la svalutazione da parte dei pari e tutte le esperienze di discriminazione subite dall'adolescenza in avanti possano convergere nel minare il senso di sicurezza individuale e di come la sofferenza soggettiva possa non

enuclearsi esclusivamente nella DG. Pertanto, al di là del sostegno durante i percorsi di transizione, pare necessario rivolgere l'attenzione a questi aspetti che possono causare dolore e sofferenza, psichica e relazionale. L'impatto delle esperienze relazionali negative, a cui pare siano maggiormente vulnerabili le persone transgender, è un aspetto di cui tenere conto. Il ruolo dello psicologo clinico e dello psicoterapeuta, in questo senso, è quello di supportare la medicina e la chirurgia, lavorando sull'elaborazione delle esperienze avverse e offrendo la possibilità di un'esperienza relazionale significativa alternativa, nell'arrivare del tutto all'obiettivo finale: il benessere dell'individuo nella sua complessità.

Un approccio che tenga conto, nella presa in carico delle persone trans durante il percorso, del loro stato della mente rispetto all'attaccamento consentirebbe di avere una prospettiva utile a comprendere le loro necessità, le dinamiche relazionali impiegate in un rapporto inevitabilmente di cura, le aspettative sul percorso ed il miglior modo per accompagnarli nelle singole individualità, ponendosi come base sicura nell'esplorazione della loro identità di genere in modo che possano acquisire sicurezza e scegliere con maggiore consapevolezza quale sia il tipo di percorso più adeguato, tenendo conto in particolare delle aspettative riversate sugli interventi medico/chirurgici e sui bisogni e le necessità soggettive, che non sempre dipendono dagli aspetti organici. In questo senso, lavorare con un pensiero clinico informato della natura delle dinamiche dell'attaccamento, consente di lavorare con l'obiettivo di implementare il funzionamento riflessivo e la sicurezza, accompagnando le persone durante il percorso in una narrazione dell'esperienza di sé, delle relazioni con gli altri, riflettendo sugli stati mentali, meno discrepante e più rispecchiata, sopperendo, quando necessario, alle eventuali mancanze passate. Queste considerazioni vengono fatte in linea con i principi proposti dalla WPATH negli Standard Of Care (Coleman et al., 2011), secondo cui eventuali sofferenze in co-presenza alla disforia di genere non precludono "necessariamente ad eventuali modifiche di ruolo di genere o all'accesso alla terapia ormonale femminilizzante/mascolinizzante o ad interventi chirurgici, anzi, queste problematiche devono essere gestite in modo ottimale prima o in concomitanza con il trattamento della disforia" (Coleman et al., 2011, p. 25). Il disagio che ne deriva può essere importante e non tenerne conto potrebbe complicare sia il processo di esplorazione dell'identità di genere che quello volto ad alleviare la disforia (Bockting et al, 2006; Fraser, 2009; Lev, 2009).

Inoltre, essere informati sull'eventuale disorganizzazione dell'attaccamento, può essere utile a livello clinico per lavorare sulla stabilizzazione e sulla regolazione affettiva, in quanto è stato osservato che, successivamente al trattamento ormonale gender affirming, aumentano i livelli di rabbia ed impulsività (Motta et al., 2018), che possono portare a casi di disregolazione degli impulsi in termini aggressivi auto od etero diretti, come da alcune osservazioni cliniche.

Gli alti punteggi alla sotto-scala di depersonalizzazione/derealizzazione, registrati a prescindere dalla dimensione organizzazione-disorganizzazione all'AAI, potrebbero condurci a osservare come la DG rappresenti una condizione che di per sé porta ad un senso di disintegrazione. In ambito clinico, quindi, l'utilizzo della DES-

Il potrebbe essere utile nella fase iniziale di esplorazione dell'identità di genere e di valutazione come strumento di screening: in presenza di elevati punteggi alle altre sotto-scale potremmo avere informazioni utili sulla sintomatologia dissociativa legata allo sviluppo in contesti traumatici; elevati punteggi alla sola sotto-scala di depersonalizzazione/derealizzazione esprimerebbero un aspetto legato alla condizione stessa di DG, non dipendente esclusivamente da un'eziologia peritraumatica, che espone l'individuo ad un'alterazione della funzione integrativa della percezione di sé e ad una relativa sofferenza.

Tenendo a mente ciò, sarebbe interessante provare a proporre, nei casi in cui si intraprende una psicoterapia, degli interventi di integrazione rivolti proprio a questi aspetti di depersonalizzazione/derealizzazione. Se questo approccio risultasse utile potrebbe essere applicato anche nei casi in cui, per motivi medico-organici non è possibile intraprendere una terapia ormonale gender-affirming, nel tentativo di ridurre il malessere collegato alla discrepanza percepita tra il proprio corpo e la propria identità di genere.

Interventi clinici volti a promuovere il funzionamento riflessivo e a ridurre il senso di vergogna interiorizzata, che potrebbe bloccare le abilità di mentalizzazione (Langer, 2019), dovrebbero partire da un atteggiamento del clinico altamente rispecchiante. Nell'ottica della comprensione delle dinamiche di attaccamento, uno dei primi compiti del clinico dovrebbe consistere nell'accogliere la persona transgender mostrandosi disponibile in termini di rispecchiamento e conducendo la riflessione su quanto sia complesso e difficile non essere e non essere stati accettati per ciò che si è. La possibilità di riflettere anche sulle difficoltà che possono aver vissuto le figure significative intorno a sé può quindi contribuire ad incrementare le capacità di mentalizzazione e compassione, tenendo conto di come si viene percepiti dagli altri e dei fattori che hanno determinato emotivamente la regolazione degli affetti.

Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S., Witting, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of oneyear olds in a Strange Situation. In Foss B.M. (a cura di): *Determinants of infant behavior*. Methuen, London, vol.4, pp.11–136.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W., Yudofsky, S. C., & Oldham, J. M. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC, APA. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza edizione*. Milano: Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM- IV)*. Washington, DC, APA. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta Edizione*. Milano: Masson, 2001.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington,DC, APA. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta edizione, Text Revision*. Milano: Masson, 2001.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington,DC, APA. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 807–15.
- Attili, G. (2009). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente: Normalità, patologia, terapia*. Cortina Raffaello.
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K., & Hackett, G. (2009). Fetal testosterone and autistic traits. *British Journal of Psychology*, 100(1), 1–22.
- Bakker, J. (2014). Sex Differentiation: organizing effects of sex hormones. In B.P.C. Kreukels et al. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 3–23). New York, NY: Springer.
- Bancroft, J. (2002). Biological factors in human sexuality. *Journal of sex research*, 39(1), 15–21.
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of sex research*, 46(2–3), 121–142.
- Barker, H., & Wylie, K. (2008). Are the Criteria for the ‘Real-Life Experience’(RLE) Stage of Assessment for GID Useful to Patients and Clinicians?. *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131.
- Baron-Cohen S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248–254.
- Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance and delay?. *Psychiatric Clinics*, 14(1), 33–51.
- Baron-Cohen, S. (2008). Empathizing, Systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Progress in Brain Research*, 186, 167–175.
- Baron-Cohen, S. (2011). *Cognizione ed empatia nell'autismo* (Bidetti, E. & Calovi, C., Trad.). Trento, Italia: Erickson
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(2), 163–175.
- Baron-Cohen, S., Bowen, D. C., Holt, R. J., Allison, C., Auyeung, B., Lombardo, M. V., ... & Lai, M. C. (2015). The “reading the mind in the eyes” test: complete absence of typical sex difference in ~ 400 men and women with autism. *PloS one*, 10(8), e0136521.
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., Wheelwright, S. (2003). The systemizing Quotient: an investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. In: Frith, U., Hill, E. *Autism: mind and brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: an investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 34, 163–175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241–251.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(1), 5–17.
- Bateman A. & Fonagy P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Cortina, Milano.
- Beebe B. B., Lachmann, F. F., Jaffe J. (1997). Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7(2), 133–182.

- Beek, T.F., Cohen-Kettenis P.T. & Baudewijntje P.C. Kreukels (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history, *International Review of Psychiatry*, 28:1, 5-12, DOI: 10.3109/09540261.2015.1091293
- Bem, S.L. (1989). Genital knowledge and gender constancy in preschool children. *Child Development*, 60, 649-662.
- Benjamin, H., Lal, G. B., Green, R., & Masters, R. E. (1966). *The transsexual phenomenon* (Vol. 966). New York: Julian Press.
- Birkenfeld-Adams, A. S. (2000). Quality of attachment in young boys with gender identity disorder: A comparison to clinic and nonreferred control boys (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Bischof-Köhler, D. (1991). The development of empathy in infants.
- Bizjak, D and Boncori, I and Fazzari, P (2015) 'Identità organizzativa, identità individuale e trasformazione.' In: Sicca, LM e Valerio, P and Oliverio, S, (Ed.) *Transformare le pratiche nelle organizzazioni di lavoro e di pensiero*. Editoriale Scientifica, 229 - 247. ISBN 978-88-6342-825-4
- Blossnich, J. R., Gordon, A. J., & Fine, M. J. (2015). Associations of sexual and gender minority status with health indicators, health risk factors, and social stressors in a national sample of young adults with military experience. *Annals of Epidemiology*, 25, 661-667.
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health*, 103(5), 943-951.
- Bouchard M. A., Target M., Lecours S., Fonagy P., Tremblay L., Schachter A., Stein H. (2008). *Mentalization in adult attachment narratives*: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47- 66.
- Bowlby, J. (1980), *Attaccamento e perdita*, vol.3 (1980). Tr.it. Boringhieri, Torino 1983. Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989
- Brehm, S. S., Powell, L. K., Coke, J. S. (1984). The effects of empathic instructions upon donating behavior: sex differences in young children. *Sex Roles Journal*, 10, 405-416.
- Bromberg P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Analytic Press, Mahwah.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC public health*, 10(1), 20.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545.
- Burgess, C. (1999). Internal and external stress factors associated with the identity development of transgendered youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 10(3/4), 35-47.
- Bussey, K. e Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, Vol. 106, No. 4, 676-713
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: an overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, Vol. 3.1, 57-70. DOI: 10.1089/trgh.2017.0053.
- Caldarera, A., & Pfäfflin, F. (2011). Transsexualism and Sex Reassignment Surgery in Italy. *International Journal of Transgenderism*, 13(1), 26-36.
- Caldwell, D. (1949). Psychopathia transsexualis. *Sexology* 16: 274-280. Golosow, N., and Weitzman, EL (1968). Psychosexual and ego repression in the male transsexual. *J. Nerv. Ment. Dis*, 149, 328-336.
- Canli T., Sivers H., Whitfield S. L., Gotlib I. H., Gabrieli J. D. (2002). *Amygdala response to happy faces as a function of extraversion*. *Science*, 296(5576), 2191-2194.
- Carlson EA, Yates TM, Sroufe LA (2009). Development of dissociation and development of the self. In PF Dell, J O'Neil, E Somer (eds) *Dissociation and the dissociative disorders*. Routledge, New York.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*.
- Carroll, J. M., Kin Yung, C. (2006). Sex and Discipline Differences in Empathising, Systemising and Autistic Symptomatology: Evidence from a Student Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 949-957.
- Chakrabarti, V., Baron-Cohen, S. (2013). Understanding the genetics of empathy and the autistic spectrum. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Lombardo, M. V. *Understanding other Minds. Perspective from Developmental Social Neuroscience*, 326-342.

- Chevallier, C., Kohis, G., Troiani, V., Brodtkin, E. S., Schultz, R.T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Science Journal*, 16, 231–239.
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46, 604–627.
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 87–112.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53–69.
- Coates, S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18(3), 414–438.
- Coates, S. W., & Moore, M. S. (1997). The complexity of early trauma: Representation and transformation. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(3), 286–311.
- Coates, S., & Cook, C. (2001). Disturbi dell'identità di genere [Gender identity disorders]. *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*, 173–195.
- Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated finding or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702–709.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. G. J. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315– 333.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41–53.
- Colapinto, J. (2000) *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*, tr. it. Bruce Brenda e David. Il ragazzo che fu cresciuto come una ragazza. Casa editrice San Paolo.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR, Zucker, K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *Int J Transgend*. 2011; 13: 165–232.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Monstrey, S. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165–232.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real?. *Psychiatry research*, 226(1), 173–180.
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The journal of sexual medicine*, 10(12), 3049–3058.
- Connellan, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Batki, A. (2000). Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development Journal*, 23, 113–118.
- Cook, C. (1999). Parental contributions to the aetiology of gender identity disorder: A study of attachment, affect regulation and gender conflict. Unpublished master's thesis, The City College of the City University of New York.
- Costa P. T., Terracciano A., McCrae R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331.
- Cussino, M., Crespi, C., Mineccia, V., Molo, M., Motta, G., & Veglia, F. (2017). Sociodemographic characteristics and traumatic experiences in an Italian transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18, 2, 215–226.
- Cussino, M., Crespi, C., Mineccia, V., Molo, M., Motta, G., & Veglia, F. (2019). State of Mind of Attachment and Reflective Function in an Italian transsexual sample. *European Journal of Trauma & Dissociation*.
- Daniel, S. I. (2010). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Focus*, 8(1), 127–142.
- De Cuypere, G., Gijs, L. (2014). Care for adults with gender dyphoria. In B.P.C. Kreukels et al. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 231–254). New York, NY: Springer.
- De Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*, 59(3), 301–320.
- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930–936.

- De Vries, A.L.C., Kreukels, B.P.C., Steensma, T.D. and McGuire, J.K. (2014). Gender identity Development: a biopsychosocial perspective. In B.P.C. Kreukels et al. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 53-81). New York, NY: Springer.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2016). "Attachment and psychopathology in childhood". In Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 3rd edition. New York, NY: Guilford Press, pp. 639-666.
- Dèttore, D., Antonelli, P., Lavaggi, M. (2015). Teorie eziologiche. In Dèttore, D., Ristori, J., Antonelli, P. (Ed.) *La disforia di genere in età evolutiva. Implicazioni cliniche, sociali ed etiche* (pp. 105-138). Roma: Alpes Italia srl, Collana I sensi del Sesso.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS one*, 6(2), e16885.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International review of psychiatry*, 28(1), 44-57.
- Di Ceglie, D. (1998). *A Stranger in my Own Body*. London: Karnac Books.
- Di Ceglie, D. (1998). Management and therapeutic aims with children and adolescents with gender identity disorders and their families. *A stranger in my own body: Atypical gender identity development and mental health*, 185-197.
- Di Ceglie, D. (1998). Reflections on the nature of the "atypical gender identity organization". *A stranger in my own body: Atypical gender identity development and mental health*. Karnac Books, pp. 9-25.
- Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., & Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6(1), 97-103.
- Di Ceglie, D., Skagerberg, E., Baron-Cohen, S., Auyeung, B. (2014). Empathising and Systemising in Adolescents with Gender Dysphoria. *Opticon* 18(16), 1-8.
- Diani, C. e Rigobello, L. (2015). Disforia di genere: uno sguardo sull'argomento. In Rigobello, L., Gamba, F. (Ed.) *Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza* (pp. 17-44) Milano: FrancoAngeli Psicoterapie.
- Drescher, J. (2014 b). Gender Identity Diagnoses: History and Controversies. In B.P.C. Kreukels et al. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 137-150). New York, NY: Springer.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 427-460.
- Drescher, J. (2014 a). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health Volume 1, Number 1*, pp. 10-14, DOI: 10.1089/lgbt.2013.1500
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297-304.
- Egan, S.K., Perry, D.G. (2001). Gender Identity: A Multidimensional Analysis With Implications for Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology* 2001. Vol. 37. No. 4. 451-463 Copyright 2001 by the American Psychological Association, Inc. 0012-1649/01/\$5.00 DOI: 10.1037/0012-1649.37.4.451
- Eisenberg, N., Valiente, C. (2002). Parenting and children's prosocial and moral development. In: Bornstein, M. H. *Handbook of parenting*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT health research*, 3(3), 11-30.
- Farina, B., & Liotti, G. (2018). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. PSICOBIEETTIVO.
- Farina, B., & Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1), 11-18
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. "The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease" R. Lanius & E. Vermetten editors. Cambridge University Press, 2009.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774-786.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7-26.

- Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., ... Maggi, M. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: An Italian multicentric evaluation. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 2, 408–419.
- Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E. A., ... & Ricca, V. Italian GnRH analogs study ONIG group, Dettore D, Maggi M (2014) Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *J Endocrinol Invest*, 37, 675–687.
- Fonagy P (2006). Commentary on research, politics and clinical experience with transsexual patients. In: Fonagy P, Krause R, Leuzinger-Bohleider M, editors. *Identity, gender and sexuality: 150 years after Freud*, 157–60. London: IPA Books.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002). Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, NY: Other Press.
- Fonagy P. & Target M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307–335.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22.
- Alexander, G. M., Wilcox, T. (2012). Sex differences in early infancy. *Child Development Journal*, 6, 400–406.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Higgitt, A. (1991). The relation of attachment status, Psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201–218.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. *London: University College London*, 161–2.
- Fosha D., Siegel D. J., Solomon M. F. (2009). *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice*. Norton & Company, New York.
- Fraser, L. (2009). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and relationship therapy*, 24(2), 126–142.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531–534.
- Frith, U. (2012). *L'autismo. Spiegazione di un enigma*. Roma: Editori Laterza.
- Garcia-Falgueras, A. e Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132–3146.
- Gardner, M. R., Sorhus, I., Edmonds, C. J., Potts, R., (2012). Sex differences in components of imagined perspective transformation. *Acta Psychologica Journal*, 140, 1–6.
- Gehring, D., & Knudson, G. (2005). Prevalence of Childhood Trauma in a Clinical Population of Transsexual People. *International Journal of Transgenderism*, 8(1), 23–30.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Berkeley, CA: Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Giedd J. N., Castellanos F. X., Rajapakse J., Vaituzis A. C., Rapoport J. (1997). Sexual dimorphism of the developing human brain. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 21(8), 1185–1201.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in psychology*, 9, 60.
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. A., & Arcelus, J. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3–14.
- Godano A, Maggi M, Jannini E, Meriggiola MC, Ghigo E, Todarello O, Lenzi A, Manieri C. SIAMS- ONIG Consensus on hormonal treatment in gender identity disorders. *J Endocrinol Invest*. 2009; 32(10): 857–864.
- Golan O., Baron-Cohen S., Hill J. J., Golan Y. (2006). The "reading the mind in films" task: complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Society for Neuroscience*, 1(2), 111–123.
- Goldberg, S. (1997). "Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk and clinical samples," in Leslie, A., & Zucker K. J. (Eds.), *Attachment and Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press, pp. 171–195.
- Goldenfeld, N., Baron-Cohen S., Wheelwright, S. (2005). Empathizing and Systemizing in males, females, and autism. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 6, 338–345.

- Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Cruz Almaraz M, Halperin I, Salamero M. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37: 662–70
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of sexual behavior*, 38(3), 378–92.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J.-C., ... Bonnierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*, 9(2), 531–41.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Greenberg, D. M., Warrier, V., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2018). Testing the empathizing-systemizing theory of sex differences and the extreme male brain theory of autism in half a million people. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(48), 12152–12157.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy. Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (2018). Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia. Apertamenteweb Ed.
- Haaland, V. Ø., & Landrø, N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 383–392.
- Hafeez, H., Zeshan, M., A Tahir, M., Jahan, N., Naveed, S. (2017). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*, v.9 (4)
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 276–281.
- Havar, E. S., Yasrebi, K., Hassanzadeh, R., Moshkani, M., & Kaboosi, A. (2015). Personality disorders and psychiatric comorbidity among persons with gender identity disorder. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 141.
- Hellman, R. E., Sudderth, L., & Avery, A. M. (2002). Major mental illness in a sexual minority psychiatric sample. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 6, 97–106.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic research*, 58(3), 259–261.
- Herman, J. L. (2005). Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo. Magi.
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental psychology*, 31(1), 65.
- Hesse, E. (2008). L'Adult Attachment Interview: una panoramica. In Cassidy J. e Shaver P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche, seconda edizione*, pp. 637–690. Roma: Giovanni Fioriti.
- Hirschfeld, M. (1922). Sexualpathologie [Sexual Pathology]. Marcus & Weber, Bonn.
- Hofer M. A. (2006). *Psychobiological Roots of Early Attachment*. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 84–88.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of Affect and Cognition in Empathy . In: Izard, C., Kagan, J., Zanjonc. *Emotion, Cognition and Behavior*. E Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffmann H., Kessler H., Eppel T., Rukavina S., Traue H. C. (2010). Expression intensity, gender and facial emotion recognition: Women recognize only subtle facial emotions better than men. *Acta Psychologica*, 135(3), 278–83.
- Hunter, E. C., Sierra, M., David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), pp. 9–18.
- Ingalhalikar M., Smith A., Parker D., Satterthwaite T. D., Elliott M. A., Ruparel K., Hakonarson H., Gur R. E., Gur R. C., Verma R. (2014). Sex differences in the structural connectome of the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 823–828.
- Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., Janssen, A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatments considerations. *LGBT Health*, 277–282.

- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 634.
- Jones, R.M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of autism and developmental disorders, 42*, 301–306.
- Jordan-Young, R. (2012). Hormones, context, and “Brain gender”: a review of evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Social Science and Medicine, 74*, 1738–1744.
- Jourian, T.J. (2015) Queering Constructs: Proposing a Dynamic Gender and Sexuality Model, *The Educational Forum, 79*:4, 459–474, DOI: 10.1080/00131725.2015.1068900
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of nervous and mental disease, 191*(3), 182–189.
- Kidd, S. A., Veltman, A., Gately, C., Chan, K. J., & Cohen, J. N. (2011). Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 14*, 13–39.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, pp. 227–253.
- Kirkland R. A., Peterson E., Baker C., Miller S., Pulos S. (2013). Meta-analysis reveals adult female superiority in "Reading the Mind in the Eyes Test". *North American Journal of Psychology, 15*(1), 449–458.
- Klink, D. e Den Heijer, M. (2014). Genetic aspects of gender identity development and gender dysphoria. In B.P.C. Kreukels et al. (eds.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 25–50). New York, NY: Springer.
- Knafo, A., Plomin, R. (2006). Prosocial behavior from early to middle childhood: genetic and environmental influences on stability and change. *Journal of Developmental Psychology, 42*, 771–786.
- Kohlberg, L. (1966). Moral education in the schools: A developmental view. *The School Review, 74*(1), 1–30.
- Kroger, J. (2007) Why Is Identity Achievement So Elusive?, *Identity, 7*:4, 331–348, DOI: 10.1080/15283480701600793
- Krüger, S., Sokolov A. N., Enck P., Krägeloh-Mann I., Pavlova M. A. (2013). Emotion through Locomotion: Gender Impact. *Plos One, 8*(11).
- Lancet, T. (2019). ICD-11. *Lancet* (London, England), 393(10188), 2275.
- Langer, S. J. (2016). Trans bodies and the failure of mirrors. *Studies in Gender and Sexuality, 17*(4), 306–316.
- Langer, S. J. (2019). *Theorizing Transgender Identity for Clinical Practice: A New Model for Understanding Gender*. Jessica Kingsley Publishers.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D (2010a). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry, 167*(6), 640–647.
- Larose S, Bernier A. Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attach Hum Dev 2001*;3:96–120.
- Lawson, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. (2004). Empathizing and Systemizing in adults with and without Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 301–310.
- Le Vay, S. (2015). *Gay si nasce? Le radici dell’orientamento sessuale* (V. Lingiardi, & L. Rollé). Milano: Raffaello Cortina.
- Lecours S., Bouchard M. A., Normandin L. (1995). Countertransference as the therapist’s mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology, 12*, 259–279.
- Lemma, A. (2012). Research off the couch: Re-visiting the transsexual conundrum. *Psychoanalytic Psychotherapy, 26*(4), 263–281.
- Lemma, A. (2013). The body one has and the body one is: Understanding the transsexual’s need to be seen. *The International Journal of Psychoanalysis, 94*(2), 277–292.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, NY: Routledge.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 74–99.
- Levine, L. E., Hoffman, M. L. (1975). Empathy and cooperation in 4 year olds. *Journal of Developmental Psychology, 11*, 533–534.
- Liben, L.S., Bigler, R.S. (2002). The developmental course of gender differentiation: conceptualizing measuring, and evaluating constructs and pathways. *Monographs of the society in child development, 67* (2, Serial No. 269).
- Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. M. (2017). Personality and attachment in transsexual adults. *Archives of sexual behavior, 46*(5), 1313–1323.

- Liotti G (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 5, 4, 196–204.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 757–783.
- Liotti, G. (2005), la dimensione interpersonale della coscienza, Carocci Editore, Roma.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina editore.
- Lis A., Zennaro A., Mazzeschi C. (2000). Application of the Reflective Self-Function Scale to the clinical interview for couples during pregnancy. *Psychological Reports*, 87, 901–918.
- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42, 89–101.
- Lutchmaya, S., Baron-Cohen, S. (2002). Human sex differences in social and non-social looking preferences, at 12 months of age. *Infant Behavior and Development Journal*, 25, 319–325.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. *Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood*, 2.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2017). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37–46.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 387–394.
- Main M, Hesse E (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings (eds) *Attachment in the preschool years*, pp. 161–182. Chicago University Press, Chicago, IL.
- Main M, Solomon J (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings (eds) *Attachment in the preschool years*, pp. 121–160. Chicago University Press, Chicago, IL.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment: findings and directions for future research. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. *Attachment Across the life Cycle*. London: Routledge.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (1998). Adult attachment scoring and classification system. *Unpublished manuscript, University of California at Berkeley*, 97.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*.
- Martin, C.L., Ruble, D.N. e Szkrybalo, J. (2002). Cognitive teorie of early gender development. *Psychological Bulletin*, , Vol. 128, No. 6, 903–933. DOI: 10.1037//0033-2909.128.6.903
- Martin, I., Marks, I. M., & Gelder, M. (1969). Conditioned eyelid responses in phobic patients. *Behaviour research and therapy*, 7(1), 115–124.
- Massara, D., Baietto, C., Di Grazia, M., Finzi, S., Manzon, M., Caldarella, A. (2016) La disforia di genere nell'infanzia. *Rivista di sessuologia*, vol. 40, n.2, pp.108–122.
- Matarazzo, B. B., Barnes, S. M., Pease, J. L., Russell, L. M., Hanson, J. E., Soberay, K. A., & Gutierrez, P. M. (2014). Suicide risk among lesbian, gay, bisexual, and transgender military personnel and veterans: What does the literature tell us? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 200–217.
- Mayes, L. C., Carter, A. S. (1990). Emerging social regulatory capacities as seen in the still-face situation. *Child development Journal*, 61, 754–763.
- McClure, E. B. (2000). A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological Bulletin Journal*, 126, 424–453.
- Meneghetti, C., Pazzaglia, F., De Beni, R. (2012). Which spatial abilities and strategies predict males and females performance in the object perspective test? *Cognitive Processing Journal*, 13, 267–270.
- Meyer, I.H. Prejudice and discrimination as social stressors. In *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*: Meyer, I.H., Northridge, M.E., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 2007; pp. 242–267, ISBN 978-0-387-31334-4.
- Money, J., & Ehrhardt, A., A. (1972). *Man & Woman boy & girl: differentiation and dimorphism of gender identity from conception in maturity*. Johns Hopkins University Press., Baltimore.

- Montagne B., Kessels R. P., Frigerio E., De Haan E. H., Perrett D. I. (2005). Sex differences in the perception of affective facial expressions: do men really lack emotional sensitivity? *Cognitive Processing*, 6(2), 136-141.
- Moore, C., Simpson, E. A., Coudè, G., Grigaityte K., Iacoboni, M., Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 46, 604-627.
- Motta G, Manieri C, Meriggiola MC, Gava G., Godano A. Il trattamento endocrinologico nella disforia di genere. *Rivista di Sessuologia*, 2016; vol.40- n°2.
- Motta, G., Crespi, C., Mineccia, V., Brustio, P. R., Manieri, C., & Lanfranco, F. (2018). Does testosterone treatment increase anger expression in a population of transgender men?. *The journal of sexual medicine*, 15(1), 94-101.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., ... & Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233.
- Muscetta, S., Dazzi, N., De Coro, A., Ortu, F., Speranza, A.M. (1999). States of mind with respect to attachment and change in a psychotherapeutic relationship: A study of the coherence of transcript in a short-term psychotherapy with an adolescent. *Psychoanalytic Inquiry* 19, 885-921.
- Navalta, C. P., Polcari, A., Webster, D. M., Boghossian, A., & Teicher, M. H. (2006). Effects of childhood sexual abuse on neuropsychological and cognitive function in college women. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 18(1), 45-53.
- Nijhof, A., Brass, M., & Wiersema, J. (2017). Spontaneous mentalizing in neurotypicals scoring high versus low on symptomatology of autism spectrum disorder. *Psychiatry Research*, 258, 15-20.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory (McGraw-Hill Series in Psychology) (Vol. 3)*. McGraw-Hill, New York.
- Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 108-125.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47, 12-23.
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007, September). On the calculation of the prevalence of transsexualism. In World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved April (Vol. 22, p. 2010).
- Parent S. & Moss E. (1995). L'influence de l'attachement mère-enfant et des habiletés verbales de l'enfant d'âge préscolaire sur l'étagage maternel dans une tâche de planification simple. *Enfance*, 3, 317-336.
- Pasterski, V., Gilligan, L., Curtis, R. (2014). Traits of Autism Spectrum Disorders in Adults with Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, vol. 43, 387-393.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974). The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American journal of psychotherapy*, 28(2), 174-193.
- Phelps, E. A., & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*, 48(2), 175-187.
- Pollak S. D., Cicchetti D., Hornung K., Reed A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679-688.
- Preti, A., Vellante, M., Baron-Cohen, S., Zucca, G., Petretto, D. R., & Masala, C. (2011). The Empathy Quotient: A cross-cultural comparison of the Italian version. *Cognitive neuropsychiatry*, 16(1), 50-70.
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59.
- Pullen Sansfaçon, A., Ward, D., Robichaud, M. J., Dumais-Michaud, A. A., & Clegg, A. (2014). Working with parents of gender-variant children: Using social action as an emancipatory research framework. *Journal of Progressive Human Services*, 25(3), 214-229
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., ... & Briken, P. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205-221.
- Riley, E. A., Clemson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of sex & marital therapy*, 39(3), 241-263.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
- Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vander Morris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American journal of public health*, 100(12), 2433-2441.

- Rosen, W. D., Adamson, L. B., Bakeman, R. (1992). An experimental investigation of infant social referencing: mothers' messages and gender differences. *Journal of Developmental Psychology*, 28, 1172.
- Rosip J. C. & Hall J. A. (2004). Knowledge of nonverbal cues, gender, and nonverbal decoding accuracy. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28(4), 267-286.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. E. (2007). Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Scandurra, C.; Amodeo, A.L.; Valerio, P.; Bochicchio, V.; Frost, D.M. Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *J. Soc. Issues* 2017, 73, 563-585.
- Schmid P. C., Mast M. S., Bombari D., Mast F. W. (2011). Gender effects in information processing on a nonverbal decoding task. *Sex Roles: A Journal of Research*, 65(1-2), 102-107.
- Schneeberger, A. R., Dietl, M. F., Muenzenmaier, K. H., Huber, C. G., & Lang, U. E. (2014). Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1427-1445.
- Schore A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal*, 36(1), 9-20.
- Schvey, N. A., Klein, D. A., Pearlman, A. T., Kraff, R. I., & Riggs, D. S. (2019). Stigma, health, and psychosocial functioning among transgender active duty service members in the US military. *Stigma and Health*.
- Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of homosexuality*, 3(1), 41-48.
- Siegel D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment, "mindsight" and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94.
- Siegel D. J. (2012). The developing mind, second edition: How relationships and the brain interact to shape who we are. Guilford Press, New York.
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793.
- Slaby, R.G. & Frey, K.S. (1975). Development of gender constancy and selective attention to same sex-model. *Child Development*, 52, pp. 849-856
- Slade, A., Grienerberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance. *Psychiatry research*, 137(3)
- Sokolov A. N., Krüger S., Enck P., Krägeloh-Mann I., Pavlova M. A. (2011). Gender Affects Body Language Reading. *Frontiers in Psychology*, 2(16), 16.
- Speranza, A. M. (2018). Disorganizzazione dell'Attaccamento e Processi Dissociativi: il contributo di Liotti allo studio delle Traiettorie di Sviluppo. *Cognitivismo Clinico*, 15(2).
- Sroufe, L.A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Steele, H., Steele, M. (a cura di) (2008). Adult Attachment Interview. Applicazioni Cliniche. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288-297.
- Stein M. B., Jang K. J., Taylor S., Vernon P. A., Livesley W. J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and post-traumatic stress disorder: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1675-81.
- Stern, D. N. (1985). Il mondo interpersonale del bambino (tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
- Stoller, R. J. (1968). Sex and gender: On the development of masculinity and femininity. New York: Science House.
- Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender: Vol. 2. The transsexual experiment*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Tangpricha, V., Hannema, S. E., Irwig, M. S., Meyer III, W. J., Safer, J. D., & Hembree, W. C. (2017). 2017 American association of clinical endocrinologists/endocrine society update on transgender medicine: Case discussions. *Endocrine Practice*, 23(12), 1430-1436.

- Tobin, D.D., Menon, M., Menon, M., Spatta, B.C., Hodges, E.V.E., Perry, D.G. (2010). The Intrapyschics of Gender: A Model of Self-Socialization. *Psychological Review* © 2010 American Psychological Association 2010, Vol. 117, No. 2, 601-622.
- Tronick E. Z. (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 1-290.
- Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. (2018). "Gender dysphoria" and autism spectrum disorder: Is the link real?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(1), 8-9.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725.
- Van der Graaff, J., Meeus, W., de Wied, M., van Boxtel, A., van Lier, P. A., Koot, H. M., & Branje, S. (2016). Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures. *Cognition and Emotion*, 30(4), 745-761.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80.
- van der Plas, E. A., Boes, A. D., Wemmie, J. A., Tranel, D., & Nopoulos, P. (2010). Amygdala volume correlates positively with fearfulness in normal healthy girls. *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(4), 424-431.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-382.
- Vargas-Huicochea, I., Robles, R., Real, T., Fresán, A., Cruz-Islas, J., Vega-Ramírez, H., & Medina-Mora, M. E. (2018). A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2363-2374.
- Veglia, F. (2013). Narrazione: origine, funzioni, necessità. In C. Ruggerini, S. Manzotti, G. Griffo & F. Veglia (Eds.), *Narrazione e disabilità intellettiva* (pp. 43-62). Trento, IT: Erickson.
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2013). The "Reading the Mind in the Eyes" test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive neuropsychiatry*, 18(4), 326-354.
- Vergano, C. M., Lauriola, M., & Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire: development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma.
- Vitelli, R., & Riccardi, E. (2010). Gender identity disorder and attachment theory: The influence of the patient's internal working models on psychotherapeutic engagement and objective. A study undertaken using the adult attachment interview. *International journal of transgenerism*, 12(4), 241-253.
- Vreeke, G. J., & Van der Mark, I. L. (2003). Empathy, an integrative model. *New Ideas in Psychology*, 21(3), 177-207.
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Kuroda, M., Wheelwright, S. (2007). Empathizing and Systemizing in Adults with and without Autism Spectrum Conditions: Cross-Cultural Stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1823-1832.
- Winter, S., Ehrensaft, D., Telfer, M., T'Sjoen, G., Koh, J., Pickstone-Taylor, S., ... & Karasic, D. (2019). ICD-11 and gender incongruence of childhood: a rethink is needed. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(10), 671-673.
- World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd>.
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington transgender needs assessment survey*.
- Zahn-Waxler, C., Schiro, K., Robinson, J. L., Emde, R. N., Schmitz, S. (2001). Empathy and prosocial patterns in young twins. In Emde, R. N., Hewitt, J. K. *Infancy to Early Childhood: Genetic and Environmental Influences on Developmental Change*. New York: Oxford University Press
- Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68-70.
- Zucker K.J., Bradley S.J., (1995), *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, Guilford Press, New York
- Zucker, K. J. (2005). Gender identity disorder in children and adolescents. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 467-492.
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14(5), 404-411.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenerism*, 11, 8-18.

- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sullivan, C. B. L. (1996). Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6), 791-798.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Kuksis, M., Pecore, K., Birkenfeld-Adams, A., Doering, R. W., et al. (1999). Gender constancy judgments in children with gender identity disorder: Evidence for a developmental lag. *Archives of Sexual Behavior*, 28 , 475-502.
- Zucker, K. J., e Spitzer, R.L. (2005). Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM III as a backdoor maneuver to replay omosexuality? A Historical note. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 31-42
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 398-411.
- Zucker, K. J., Wood, H., & VanderLaan, D. P. (2014). Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 171-192). Springer, Boston, MA.

Sitografia

- <http://www.cdc.gov/ace>
- <http://www.onig.it>
- <http://www.onig.it>
- <https://ufficiostampa.iss.it>
- <https://www.wpath.org/publications/soc>