



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino (DSB)

Corso di Laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi Magistrale

**Incongruenza di Genere: uno studio pilota presso un ambulatorio
dedicato**

Gender incongruence: a pilot study at a dedicated clinic

Relatrice:

Prof.ssa Michela Gatta

Correlatrice esterna:

Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureando: Nicola Moretti

Matricola: 2048475

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione	2
Capitolo I: Incongruenza di genere ieri e oggi	6
1.1 Inquadramento storico-antropologico del costrutto di genere	6
1.1.2 Fenomeni di varianza di genere extra-occidentali: dalle fa'afafine ai berdaches.....	9
1.2 Incongruenza di genere fra patologizzazione e depatologizzazione	11
1.3 Stato dell'arte e direzioni future	15
1.3.1 Minority stress model	15
1.3.2 Cenni statistici	19
1.3.3 Linee guida italiane	21
Capitolo II: Clinica della disforia di genere	24
2.1 Contributi psicanalitici classici e contemporanei	24
2.2 Comorbidità psicopatologiche	29
2.2.1 Disturbi internalizzanti.....	29
2.2.2 Ideazione suicidaria, tentato suicidio e comportamenti autolesivi.....	31
2.2.3 Abuso di sostanze	32
2.2.4 Disturbi alimentari.....	33
2.2.5 Disturbi dello spettro autistico.....	36
2.3 Incongruenza di genere e correlati neurali	37
2.3.1 Differenze nello spessore corticale e subcorticale	38
2.3.2 Differenze nella materia bianca	40
2.3.3 Immagine e percezione corporea.....	41
2.3.4 Dissonanza cognitiva	43
Capitolo III: La ricerca	46
3.1 Introduzione al Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere	46
3.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca	54
3.3 Materiali e metodi	54
3.3.2 Partecipanti.....	54
3.3.3 Strumenti.....	55
3.4 Analisi dei dati	59
3.5 Risultati	59
3.6 Discussione	62
3.7 Conclusioni	66
Bibliografia	68

Abstract

Il seguente elaborato mira ad offrire una panoramica multi-prospettica sulla condizione dell'incongruenza di genere. La parte introduttiva si concentrerà sull'inquadramento del costrutto di genere focalizzandosi sulla natura contingente e contestuale del costrutto stesso. A sostegno di ciò verrà posto in essere un excursus temporale a partire dalla mitologia greca relativamente al tema dell'androginia; seguirà poi un breve resoconto antropologico delle tribù extra-occidentali che, nel corso dei secoli, hanno sviluppato un retaggio culturale che esula dal binarismo di genere tipicamente associato alle civiltà euro-cristiane. A conclusione della prima parte introduttiva verrà descritto il processo di patologizzazione e de-patologizzazione della figura del transgender, fino ad arrivare allo stato dell'arte e le linee guida nazionali concernenti l'incongruenza di genere. Il secondo capitolo avrà un'attenzione più clinica rispetto al fenomeno, enunciando quindi le speculazioni psicanalitiche, le comorbidità psicopatologiche e i contributi offerti dalle neuroscienze in materia. L'ultima parte, infine, sarà dedicata alla ricerca effettuata presso l'Azienda-Ospedale Università di Padova, che fornirà un'analisi descrittiva di un campione pilota, confrontando i risultati con la letteratura dissertata nei primi due capitoli.

Abstract (in english)

The following paper aims to offer a multi-perspective overview of the condition of gender incongruence. The introductory section will focus on framing the construct of gender by focusing on the contingent and contextual nature of the construct

itself. In support of this, a temporal excursus will be put in place beginning with Greek mythology with respect to the theme of androgyny; this will be followed by a brief anthropological account of non-Western tribes that, over the centuries, have developed a cultural legacy that falls outside the gender binarism typically associated with Euro-Christian civilizations. Concluding the first introductory part will be a description of the process of pathologization and de-pathologization of the transgender figure, leading up to the state of the art and national guidelines concerning gender incongruence. The second chapter will have a more clinical focus with respect to the phenomenon, thus enunciating psychoanalytic speculations, psychopathological comorbidities, and contributions offered by neuroscience on the subject. Finally, the last part will be devoted to research carried out at the Company-Hospital University of Padua, which will provide a descriptive analysis of a pilot sample, comparing the results with the literature disserted in the first two chapters.

Introduzione

Circa 5 anni fa conobbi indirettamente Christian, uno studente liceale di 16 anni con una diagnosi di schizofrenia. Guardingo, sfuggente, paranoico; poca socialità compensata da un mondo inestimabilmente ricco in cui Christian si è rifugiato. Chi ha avuto la fortuna di entrare in questo mondo, ne è rimasto irrimediabilmente ammaliato; per gli altri, ciò che traspariva era una profonda sofferenza manifestata dai suoi attacchi psicotici.

Anni dopo, Christian annunciò pubblicamente l'inizio del proprio percorso di affermazione di genere. Tale evento suscitò in me una serie di speculazioni e riflessioni che misero in discussione la mia concezione personale relativa alla sofferenza mentale: forse la sua psicosi era solo una via alternativa al suo bisogno di identificarsi con il genere opposto?

Questi ed altri quesiti cominciarono a palesarsi alimentando la mia curiosità per l'argomento. Curiosità per una forma di sofferenza da me allora totalmente sconosciuta, radicata in ciò che per definizione risulta paradossale: sentire la cosa che più ci appartiene, che più ci caratterizza (la propria identità e talvolta il proprio corpo), come estraneo.

Tale curiosità rimase insatura fino all'inizio del mio tirocinio pre-lauream, presso l'organizzazione Con-Te-Stare. Questa esperienza mi ha permesso di avvicinarmi alla complessità del mondo transgender, cogliendone le sfumature e le idiosincrasie. Un mondo, purtroppo, ancora oggi associato ad una serie di stereotipi e preconcetti che distorcono la sua vera essenza.

In virtù di ciò, la rassegna storico-antropologica presente nel primo paragrafo intende confutare una serie di stereotipi radicati nel retaggio culturale occidentale, evidenziando la natura dinamica ed esperienziale (non rigida e binaria) del costrutto di genere.

Al fine di arricchire la contestualizzazione storica, nei paragrafi seguenti verrà esposta la progressiva depatologizzazione della condizione di incongruenza di genere da parte dei principali manuali diagnostici per arrivare allo stato dell'arte in termini di linee guida nazionali.

Il secondo capitolo analizzerà la tematica da una prospettiva più clinica, a partire dai contributi psicoanalitici, per poi passare alle problematiche psicopatologiche comorbide ed infine enunciando gli ultimi traguardi delle neuroscienze relativamente ai correlati neurobiologici associati all'incongruenza di genere.

Per concludere, l'ultima parte sarà dedicata alla ricerca effettuata presso l'Azienda-Ospedale Università di Padova, che fornirà un'analisi descrittiva di un campione pilota, confrontando i risultati con la letteratura dissertata nei primi due capitoli.

Capitolo I: Incongruenza di genere ieri e oggi

1.1 Inquadramento storico-antropologico del costrutto di genere

Il costrutto di genere fa il suo ingresso nel panorama scientifico a partire dal contributo di Ann Oakley (1972) che nel suo lavoro pionieristico “*Sex, Gender and Society*” contrappone concettualmente il sesso e il genere. Il primo di questi, infatti, allude ad una differenza anatomicamente determinata, mentre il genere risulta intrinsecamente malleabile, volubile e soggetto alle mutazioni socioculturali.

Ancora Rubin (1975), con la dicitura “*sex-gender system*” intende:

“l’insieme dei processi, adattamenti, modalità di comportamento e di rapporti, con i quali ogni società trasforma la sessualità biologica in prodotti dell’attività umana e organizza la divisione dei compiti tra gli uomini e le donne, differenziandoli l’uno dall’altro: creando appunto «il genere»” (Piccone Stella & Saraceno, 1996).

Al di là delle numerose speculazioni filosofiche e sociologiche riguardo all’argomento, la valenza di costrutto sociale relativa al “*gender*” è empiricamente dimostrabile a partire innanzitutto dalla cultura ellenico-latina in cui sono ravvisabili le prime testimonianze di una concezione fluida legata alla maschilità e alla femminilità. Risulta qui centrale l’archetipo dell’androgino primordiale, topos ricorrente nella letteratura greca (LaCarbonara, 1998).

Citando il mito Platonico (500 a.C.), in principio i generi erano tre: maschile, femminile e neutro, quest’ultimo rappresentato dalla figura dell’androgino costituito dall’avviluppo di due serpenti appartenenti agli altri due sessi, che si fondano in un corpo solo. Queste creature, diventate insolenti agli occhi di Zeus,

vengono dimidiate dallo stesso, neutralizzando quindi l'esistenza del terzo genere.

Il tema dell'ermafroditismo corporeo torna in maniera ancor più pregnante nelle vicende di Tiresia e di tutta la dinastia di Tebe (Burgio, 2019).

Il mito racconta le gesta del protagonista che, alla vista di due serpenti che stanno copulando, li percuote mettendo fine all'amplesso. Ciò provocherà la metamorfosi di Tiresia in una donna, di modo che potrà esperire la sessualità dalla prospettiva femminile, per poi tornare alla sua forma originaria. Interrogato da Zeus ed Era su quale fosse il genere che trae più piacere durante il rapporto sessuale, Tiresia risponde quello femminile. Indignata per la risposta Era punisce lo sventurato condannandolo ad una perenne cecità, mentre Zeus cerca di compensare il misfatto donandogli la preveggenza (Brisson, 1976).

La lettura ermeneutica che Burgio (2019) offre del mito, vede la coppia divina come un'unità integrale: di conseguenza, la menomazione e il dono non sono concepiti come uno la conseguenza dell'altro, ma come la faccia della stessa medaglia. La cecità è infatti allegoria di una conoscenza *alter*, di "uno sguardo nel buio" (Valditara, 1994); inoltre, l'arte della divinazione, così come la funzione profetica sono pratiche tipicamente associate al genere femminile, contrapposti alla conoscenza logico-razionale legata invece alla virilità maschile. Si ha quindi la cecità-preveggenza come metafora del passaggio al femminile (Burgio, 2019).

Altri esempi "*queer*" riconducibili alla mitologia greca sono le stesse figure di Era e Zeus visto che entrambe non aderiscono integralmente ad una rappresentazione dicotomica dei sessi (Burgio, 2019).

Rispetto alla prima vi sono scritti che attestano la ricorrenza di rituali di travestitismo in onore della dea. Inoltre, sempre secondo la mitologia, Era partorisce autonomamente (senza l'apporto del sesso maschile) Efesto e Tifeo (Faranda, 2018).

Anche relativamente alla figura di Zeus, nonostante la rappresentazione tipicamente virilizzata del Re dell'Olimpo, traspaiono ambiguità rispetto al suo ruolo di genere (Loroux, Guidobaldi, & Botteri, 1991). Spesso infatti viene connotato da tratti materni, come testimoniano il parto di Atena e Dioniso. Ed è proprio quest'ultimo a rappresentare il prototipo "*queer*" dell'Olimpo, in quanto dio dei contrasti, delle ambivalenze, con connotati di genere talvolta incerti, sfumati, che non permettono di attribuirgli un'identità costante:

"Dioniso è il dio ambiguo e androgino per eccellenza, rappresentato in genere come un adolescente nudo e femmineo, dai lunghi riccioli e dalla sensualità morbida, spesso in preda all'ubriachezza. Questa raffigurazione topica [...] si sostituisce nella tarda età classica a quella arcaica, in cui il dio appare al contrario come uomo maturo, vestito e con la barba [...]. Se guardiamo anche agli aspetti del culto, troviamo di nuovo contrasti paradossali: una coesistenza fra tratti ipervirili e associazione al mondo femminile, che ha fatto parlare di bisessualità di Dioniso, o addirittura di trascendenza dei ruoli sessuali, e dunque di asessualità" (Fusillo, 2006, p. 36).

Altro dato significativo che corrobora la dimensione contingente e labile del costruito di genere è offerto dal mito balinese di Adji Darma (Bateson, Bateson, & Longo, 2002), che presenta plurime analogie con il mito androginico di Tiresia. Nello specifico, ciò che risulta maggiormente rilevante alla disamina in questione,

è il frammento della narrazione in cui il protagonista, devastato dai sensi di colpa legati alla morte della moglie, decide di mettere in atto un *satī* invertito, ossia un rituale tipicamente hindu, che consiste nell'immolazione della vedova sulla pira funebre del marito (Turco, 2017); invertito poiché sarà il protagonista ad eseguire il rituale punitivo.

Come per Tiresia, vi è una violazione delle norme di genere, con l'incarnazione simbolica di un ruolo e di un culto esclusivamente femminile da parte di un uomo (Burgio, 2019). La suddetta corrispondenza, quindi, risulta funzionale ad avallare la tesi della valenza archetipica e transculturale del genere, che trascende la concezione dicotomica maschio-femmina, assumendo un'importanza ancor più rappresentativa visto lo iato spazio-temporale che divide i due miti (Burgio, 2019).

1.1.2 Fenomeni di varianza di genere extra-occidentali: dalle fa'afafine ai berdaches

Un'altra testimonianza storico-culturale che mette in luce la natura relazionale e contingente del genere è il fenomeno delle *fa'afafine* samoane, ossia coloro le quali assumono quello che Lang (1998) definisce "*gender-role*", ossia l'espressione dell'identità di genere all'interno del contesto sociale, per mezzo di vestiti, atteggiamenti e movenze femminili (Vesce, 2016). Anche in questo caso si evince che il genere riflette l'esperienza soggettiva e non una conseguenza diretta di una componente biologica (Vesce, 2016).

“L'oggetto genere è messo in discussione attraverso lo svelamento della sua natura relazionale, dunque necessariamente non oggettuale, in virtù del suo

essere insieme strumento e modello, azione e posizione. Definitivamente slegato dal corpo e dal suo essere sessuato, il genere di- smette la sua funzione causale e chiede di essere ridefinito in riferimento a relazioni concrete, di essere fatto nell'azione.” (Vesce, 2016, p. 144)

Sulla scorta di quanto citato, emerge in maniera significativa la differenza tra le persone *fa'afafine* e le persone transessuali, in quanto le prime non esperiscono una dissonanza tra genere assegnato alla nascita e identità di genere, ma assumono uno status che trascende la dicotomia maschio-femmina (Vesce, 2016). Allan, *fa'afafine* della Samoa, afferma: “io non so cosa voglia dire essere una donna, non saprò mai cosa vuol dire avere il ciclo, o cosa si prova a dare la vita, quindi non sono nelle condizioni di dire sono una donna intrappolata in un corpo maschile. Io sono una *fa'afafine* nel corpo di una *fa'afafine*.” (Vesce, 2016, p. 115)

Analogamente al fenomeno appena descritto, con l'appellativo *berdache* si identificano coloro i quali assumono sembianze estetiche, ruoli sociali e comportamenti del genere opposto, oltre ad intrattenere rapporti di tipo omosessuale (Denig, 1961). Stando agli scritti di Roscoe (1992) questo fenomeno culturale risulta piuttosto esteso: sono infatti circa centotrenta le tribù nord-americane in cui compaiono individui *berdaches*.

Quella che potrebbe essere definita oggi “transizione sociale” era compiuta sia da uomini che da donne, ma i resoconti antropologici-etnografici riportano prevalentemente casi di “*women-men*”, ossia persone biologicamente uomini che impersonano caratteristiche tipicamente associate al genere femminile (Lang, 1998).

Altra peculiarità è il prestigio sociale associato allo status di berdache, derivante in primis dalla flessibilità lavorativa di questi: avendo appreso mansioni e abitudini di entrambi i generi, nel corso della storia hanno potuto ottimizzare al massimo le opportunità economico-lavorative che gli si presentavano (Callender, et al., 1983). Ciò che rendeva questa categoria privilegiata, inoltre, erano le radici sovranaturali legate alla loro condizione. La credenza popolare associata agli individui appartenenti al “terzo genere” è che fossero orientati nella loro scelta per volontà divina (Callender, et al., 1983). Questo particolare contatto con la dimensione spirituale, unito alla loro posizione “intermedia” fra i due generi, gli rendeva idonei a svolgere l’attività di mediatori in casi di dispute matrimoniali. Ancora, alcune tribù testimoniano il ruolo di guaritori che spesso i berdaches assumevano, sulla scia di quelle figure notoriamente note come “*medicine-men*”, i quali, oltre alle supposte doti sciamaniche, avevano qualità legate al genere femminile (Lang, 1998).

1.2 Incongruenza di genere fra patologizzazione e depatologizzazione

Il primo impiego del termine *berdache* va collocato temporalmente intorno al XVI secolo, quando avvenne il primo contatto tra i coloni spagnoli e gli aborigeni americani (Roscoe, 1992). Stando ai resoconti di Roscoe (1992), gli europei furono profondamente sconcertati alla vista di questi individui, tanto che affibbiarono loro l’appellativo ‘*bardaje*’, con connotati dispregiativi.

Come notarono Fulton e Anderson (1992) infatti, l'etimologia del termine deriva dall'arabo 'bardag' (dato che la penisola iberica fu sotto il controllo degli arabi in età medioevale), che può essere tradotto come "*a kept boy for unnatural purpose*": ciò riflette lo *zeitgeist* di allora, caratterizzato dal rifiuto aprioristico di qualsiasi costume che deviasse dalla norma eterosessuale di matrice euro-cristiana (Smith, 2015).

In questo frangente, così come in numerosi altri contesti extra-occidentali (Newman, 2002), si può rintracciare il principio propulsivo che dà avvio alla stigmatizzazione prima e alla patologizzazione psichiatrica poi, di quella condizione che conosciamo oggi come varianza di genere.

Intorno alla fine del XX secolo il termine *berdache* era arbitrariamente commutato con quello di 'travestito', condannando questa categoria di persone come devianti sessuali (Fulton & Anderson, 1992).

Contemporaneamente, l'argomento sollecitò anche l'interesse della psicanalisi, che si focalizzò nello specifico sulla sessualità di questi individui, tanto che Devereux parla di "institutionalized homosexuality" (1937): secondo questo autore le cerimonie attuate in onore dei *berdaches* fornivano un supporto sociale tale per cui la loro psicopatologia potesse essere arginata e culturalmente approvata. Ciò aiuta a comprendere la sovrapposizione diagnostica presente nella prima edizione del DSM (APA, 1952), che vede l'etichetta di 'travestitismo' confluire nel cluster di 'Disturbi sociopatici di personalità' assieme all'omosessualità, feticismo, pedofilia e sadismo sessuale. Tutto ciò che concerne i fenomeni associati alla varianza di genere, infatti, non avrà una propria indipendenza diagnostica fino alla terza edizione del manuale, in cui

compariranno le diagnosi di 'Disturbo dell'identità di genere dell'infanzia' e 'Transessualismo' (APA, 1980).

Questo rappresenta il risultato di un processo iniziato nei primi del '900 da Magnus Hirschfeld (1923), il quale discriminò per primo i transessuali, ossia coloro i quali vivono conformemente ai costumi e agli standard del sesso opposto, dagli omosessuali, che si limitano ad avere partner appartenenti allo stesso sesso. Hirschfeld fu quindi tra i primi a gettar le basi per il discernimento tra orientamento sessuale e identità di genere, costrutti che venivano spesso commutati all'epoca (Drescher, 2015).

Altro contributo che incrementò l'interesse tanto clinico, quanto politico-sociale per la tematica, fu il notorio caso di Christine Jorgensen (1967), che viene menzionato come la prima testimonianza mondiale dell'allora definita "sex reassignment surgery" (SRS). Nonostante l'opposizione manifestata dalla comunità medico-psichiatrica relativamente alle suddette pratiche chirurgiche (Green, 1969), il caso della Jorgensen ebbe un impatto sociale considerevole, sdoganando per la prima volta nella storia del mondo occidentale il processo di affermazione di genere e dando voce alla sofferenza di innumerevoli persone che condividevano la medesima esperienza (Valerio , Marcasciano, & Scandurra, 2016).

Momento di svolta fu la rivoluzione diagnostica attuata dal DSM-V (APA, 2013) che sostituì l'etichetta di "Disturbo dell'identità di genere" presente nel DSM-V-TR (APA, 2000) con quella di "Disforia di genere", che fa riferimento ad una condizione di sofferenza relativamente alla dissonanza esperita tra genere espresso e genere biologicamente assegnato alla nascita (APA, 2013).

Quello che appare come un semplice mutamento linguistico, rappresenta contrariamente uno scacco importante alla patologizzazione della varianza di genere vista la perdita dell'accezione di 'disturbo' a favore di 'disforia' che mette in primo piano la dimensione di dolore psichico soggettivamente sperimentato rispetto ad un conflitto interno (Crapanzano, Carpiello, & Pinna, 2021). Importante sottolineare, inoltre, come la nuova etichetta diagnostica risulta collocata in una categoria a sé stante, diversamente dalla clusterizzazione con parafilie e disturbi sessuali come si può osservare nelle precedenti versioni del manuale (Crapanzano, Carpiello, & Pinna, 2021).

Per quanto concerne l'ICD, similmente al decorso del DSM, l'etichetta di "travestitismo" compare per la prima volta nella quarta edizione (WHO, 1965), sotto la categoria delle deviazioni sessuali. La mancata menzione nelle precedenti versioni riflette la già citata tendenza di allora nel confondere la diagnosi di omosessualità con quella di travestitismo (Drescher, 2015).

È con la sesta edizione del manuale che si osserva una proliferazione nosografica relativa alla varianza di genere, con l'introduzione della categoria dei "Disturbi dell'identità di genere" (F64), che include le diagnosi di transessualismo, travestitismo, disturbo dell'identità di genere dell'infanzia, altri disturbi dell'identità di genere e disturbi dell'identità di genere non specificati (WHO, 1990).

La progressiva depatologizzazione da parte dell'ICD approda infine all'ultima edizione che vede il passaggio alla dicitura diagnostica di "Incongruenza di genere", collocata in un nuovo capitolo, creato ad hoc, concernente la salute sessuale (Crapanzano, Carpiello, & Pinna, 2021).

Risulta anche qui lapalissiano, come poc'anzi illustrato nel caso del DSM-V, l'intento di depatologizzare e destigmatizzare un fenomeno che ad oggi non è più considerato un disturbo clinico, ma una condizione che può implicare diversi gradienti di disagio psichico (Drescher, 2015).

Year	ICD	DSM	Parent category	Diagnosis name
1948	ICD-6	–	N/A	N/A
1952	–	DSM-I	N/A	N/A
1955	ICD-7	–	N/A	N/A
1965	ICD-8	–	Sexual deviations	Transvestitism
1968	–	DSM-II	Sexual deviations	Transvestitism
1975	ICD-9	–	Sexual deviations	Transvestitism Trans-sexualism
1980	–	DSM-III	Psychosexual disorders	Transsexualism
1987	–	DSM-III-R	Disorders usually first evident in infancy, childhood or adolescence	Transsexualism Gender identity disorder of childhood Gender identity disorder of adolescence and adulthood, non-transsexual type
1990	ICD-10	–	Gender identity disorders	Transsexualism Dual-role transvestitism Gender identity disorder of childhood Other gender identity disorders Gender identity disorder, unspecified
1994	–	DSM-IV	Sexual and gender identity disorders	Gender identity disorder in adolescents or adults Gender identity disorder in children
2000	–	DSM-IV-TR	Sexual and gender identity disorders	Gender identity disorder in adolescents or adults Gender identity disorder in children
2013	–	DSM-5	Gender dysphoria	Gender dysphoria in adolescents or adults Gender dysphoria in children
2017	ICD-11	–	Conditions related to sexual health(proposed)	Gender incongruence of adolescents and adults Gender incongruence of children (proposed)

Figura 1: Gender diagnosis in the ICD and DSM (Drescher, 2015)

1.3 Stato dell'arte e direzioni future

1.3.1 Minority stress model

Alla luce delle considerazioni esposte sinora, la disforia di genere riflette una sofferenza psicologica conseguente alle sfide nel processo di sviluppo cui questi individui devono far fronte, in quanto rappresentano una deviazione rispetto ad una delle credenze più radicate della cultura occidentale, ossia la concezione dicotomica dei sessi (Diamond, 2013).

Diversi studi comprovano che giovani appartenenti a “minoranze sessuali” sovente riportano sentimenti associati a stress, solitudine, depressione e oppressione che spesso sfociano in uso e abuso di alcool e droghe (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2006).

Questa costellazione di sentimenti è stata attribuita al cosiddetto *minority stress*, definito come l'esperienza risultante dell'appartenenza ad una categoria socialmente marginalizzata (Meyer, 2003). Meyer (2007) sostiene che questa precipua tipologia di stress è costituita da tre principali caratteristiche:

- 1) è *unico*, poiché subito esclusivamente dagli individui che appartengono ad una minoranza che implica quindi un maggior sforzo di adattamento sociale;
- 2) è *cronico*, perché legato a sovrastrutture sociali intrinseche alla cultura di riferimento;
- 3) è *socialmente basato*, quindi trascende l'individuo rendendolo impotente rispetto a queste discriminazioni.

Inoltre, il *minority stress model* postula che i processi di stress di cui l'individuo è vittima, possono essere concepiti su un continuum ai cui poli si trovano i processi di stress distali (indipendenti dall'individuo, istituzionalmente determinati) e prossimali (percepiti coscientemente e soggettivamente) (Meyer, 2007)

Nello specifico, l'adolescenza è una fase dello sviluppo durante la quale le norme di genere acquisiscono maggior salienza e il gruppo dei pari può impersonare i ruoli di giudice, giuria e boia nel determinare comportamenti normati e conformi al genere di appartenenza (Hill & Lynch, 1983). Crocker et al. (1998), infatti,

mettono in luce il principio secondo il quale l'apprendimento e lo sviluppo del concetto di sé avvenga parzialmente sulla base di come uno è trattato e percepito dagli altri; tal principio assume un'importanza ancor maggiore nel caso di minoranze sociali. Al netto di ciò, discriminazioni e svalutazioni sociali sia sul versante delle interazioni interpersonali quanto a livello di norme culturali, hanno un effetto nocivo sulla salute mentale e la qualità di vita degli individui appartenenti alle suddette minoranze (Valerio , Marcasciano, & Scandurra, 2016). In particolare, gli adolescenti hanno preoccupazioni amplificate rispetto a come sono visti e trattati dagli altri: il loro senso di sé è perciò mutevole e significativamente condizionato da esperienze di *sexual-minority stress* (Diamond, 2013).

Tuttavia, è stata riscontrata una certa eterogeneità rispetto alle esperienze di *minority stress* per cui la portata delle conseguenze correlano con fattori quali il retroterra familiare, la classe sociale di appartenenza, la cultura di riferimento, il livello di educazione ma soprattutto in che misura l'individuo è equipaggiato (tanto a livello di caratteristiche personali quanto di supporto familiare-istituzionale) per fronteggiare molestie e discriminazioni (Fitzpatrick et al., 2005).

Per l'appunto, le ricerche dimostrano che il rifiuto da parte del nucleo familiare è la forma di stigmatizzazione più perniciosa, in quanto correla con peggiori outcome di salute mentale e fisica: i risultati riportano che il rischio di tentato suicidio è otto volte maggiore e quello di depressione sei volte maggiore rispetto ai gruppi di controllo (Ryan et al., 2009). Scenario frequente è infatti la messa in atto di difese da parte dei genitori atte a denegare la non conformità di genere

dei propri figli. Difese che, se reiterate nel tempo, approdano a violenze sia verbali che fisiche (Scandurra, 2015).

Anche l'ambito lavorativo rappresenta un terreno fertile per discriminazioni nei confronti di persone transgender: I tassi di mobbing e molestie psicologiche sul luogo di lavoro si rivelano drammaticamente elevati, in quanto circa il 37% subisce licenziamenti, retrocessioni e azioni disciplinari ingiuste (Lombardi et al., 2001). Di conseguenza, accade sovente che queste persone si ritrovino costrette a cambiare lavoro proprio a causa dello stigma relativo alla loro non conformità di genere (Hill & Willoughby, The development and validation of tran-sphobia scale, 2005); talvolta, per sopperire a questi soprusi la via della prostituzione può rappresentare l'unica alternativa possibile (Nemoto et al., 2004).

Hill (2003) riconduce i fenomeni appena illustrati a ciò che lui definisce *genderismo*, ossia un'ideologia strutturale e ubiquitaria che agisce a livello inconscio e che induce reazioni negative a fronte di comportamenti e manifestazioni che deviano dalla logica dicotomica dei generi. In questo caso, il genderismo può essere collocato in quel bacino collettivo di senso comune, che Stanghellini (2000) intende come "un tipo di sapere pratico, avente finalità adattative, con il quale gradualmente ci familiarizziamo nel corso dello sviluppo. Questo tipo di sapere è standardizzato e legittimato dalle leggi della familiarità e dalla tradizione. Il suo carattere tendenzialmente conservatore è uno degli aspetti più sorprendenti. Si basa sulla tendenza ad assimilare l'insolito all'usuale. Di norma, infatti, le esperienze che quadrano con le tipificazioni del senso comune sono vissute come più reali rispetto a quelle personali e idiosincrasiche. Se un'esperienza non quadra con gli schemi del senso comune non sono, di norma,

questi schemi ad essere messi in dubbio, ma il carattere innovativo dell'esperienza, che dev'essere normalizzato. Ancora Wittgenstein sottolinea che il sentimento di evidenza e certezza relativo ad un'esperienza individuale non deriva da un giudizio personale individuale, bensì dal tacito consenso ad un'immagine del mondo ereditata dal gruppo di appartenenza: è questo sfondo ereditario (il criterio) attraverso cui si distingue tra vero e falso" (Stanghellini, 2000, p. 3).

1.3.2 Cenni statistici

I dati statistici presenti in letteratura relativamente all'incongruenza di genere sono soggetti a diversi bias a partire dalle variazioni diagnostiche nel DSM e ICD che hanno conseguentemente mutato nel tempo i criteri per valutare la condizione in questione, avendo un impatto significativo sui tassi di prevalenza (Meier & Labuski, 2013).

Altre variabili che hanno condizionato i risultati sono le metodologie differenti impiegate nelle ricerche (Collin et al., 2016) e l'area geografica presa in considerazione, poiché è emerso che una quota significativa di individui transgender tendono a migrare e vivere in grandi città che propendono per una cultura dell'inclusività (Becerra-Fernández, et al., 2017).

In aggiunta, i risultati sono stati ottenuti principalmente attingendo ai dati dei servizi sanitari nazionali, rendendo così il campione di ricerca piuttosto ristretto e gli esiti della ricerca difficilmente generalizzabili (Meier & Labuski, 2013).

In virtù degli ostacoli citati poc'anzi, dalla meta-analisi comparativa effettuata da Di Grazia e colleghi (2021), emergono tassi di prevalenza di incongruenza di genere estremamente variabili, che oscillano da 0.40:100.000, fino a 200:100.000 (Arcelus, et al., 2015; Becerra-Fernández, et al., 2017; Collin et al., 2016; Okabe, et al., 2008; Sweileh, 2018; Vujovic et al., 2009; Wilson, Carr, & Sharp, 1999).

Diversamente, la review sistematica eseguita da Collin e collaboratori (2016), vagliando i risultati di 27 studi differenti, riporta un tasso pari a 355:100.000 di individui che si auto-proclamano transgender, di cui solo una piccola porzione ha richiesto o già effettuato un intervento ormonale o chirurgico (9,2:100.000).

Per quanto concerne il fenomeno della disforia di genere, la proporzione si aggira su 1:30.000, sottolineando l'assenza di correlazione con variabili quali la classe sociale e l'intelligenza (Di Grazia, et al., 2021).

Uno studio *sui generis* rispetto alla metodologia impiegata è quello di Veale (2008) che si basa sui dati raccolti dall'Ufficio Passaporti della Nuova Zelanda (ogni passaporto appartenente ad individui con orientamento di genere alternativo veniva contrassegnato da una "X"). La prevalenza riscontrata è pari a 16:100.000 di cui 27:100.000 AMAB e 4:100.000 AFAB (Veale, 2008).

In Italia i dati più attendibili arrivano dagli studi di Caldarera e Pfäfflin (2011), che stimano una prevalenza di 1:68,278 per gli AMAB e 1:245,356 per gli AFAB, attingendo ai dati ISTAT dal 1992 al 2008. La disomogeneità dei risultati rispetto agli altri paesi è motivata dall'incompletezza dei dati raccolti.

Altro dato interessante è l'inversione del rapporto AMAB:AFAB riscontrato negli ultimi anni, che vede quindi una predominanza di individui AFAB ricercare assistenza in centri specializzati, in contro-tendenza rispetto ai dati risalenti all'inizio del millennio (Aitken, et al., 2015; Chiniara, Bonifacio, & Palmert, 2018).

1.3.3 Linee guida italiane

La procedura italiana in merito all'espletamento del percorso di affermazione di genere vede la diagnosi di DG come la *conditio sine qua non* per ottenere l'accesso alle terapie ormonali e chirurgiche sussidiate dal Sistema Sanitario Nazionale (Crapanzano et al., 2021). L'iter in oggetto è normato dalle Determinine nrr. 104272/2020 e 104273/2020 promulgate dall'AIFA e prevedono appunto la certificazione da parte di un professionista della salute mentale di una condizione di disforia di genere. Laddove sussista una condizione psicopatologica comorbida, lo psichiatra/psicoterapeuta preposto al processo diagnostico dovrà dare priorità al trattamento di quest'ultima (Crapanzano et al., 2021).

In tal frangente, la psicoterapia risulta una risorsa preziosissima per chi è intenzionato a compiere un percorso di affermazione di genere, che va oltre al mero passaggio obbligato per ottenere la certificazione diagnostica, rappresentando la via privilegiata per esplorare ed affrontare tanto le conseguenze psicologiche derivanti dalla condizione di incongruenza di genere quanto il processo di 'transizione sociale' (l'impersonare il ruolo di genere) e le difficoltà ad esso connesse, come dimostrato dal Minority Stress Model (Meyer, 2003).

In merito alla rettifica anagrafica, l'abrogazione della legge 164 risalente al 2011 permette di richiedere il cambio dei dati anagrafici senza l'obbligatorietà della riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) (Crapanzano et al., 2021). Tuttavia, l'approvazione della nuova anagrafica rimane *ad libitum* del giudice che vaglierà il resoconto clinico offerto dall'equipe multidisciplinare che deve includere anche un ragguaglio sull'entità degli effetti somatici prodotti dalla terapia ormonale sostitutiva, che tendenzialmente va assunta per il periodo di un anno anteriormente alla richiesta al giudice (Crapanzano et al., 2021).

Sebbene vi sia l'intento di depotologizzare l'incongruenza di genere e le condizioni ad essa correlate (come dimostrano i cambiamenti delle etichette nei manuali diagnostici), l'uso del modello medico-psichiatrico appena illustrato alimenta aspri dibattiti (Crapanzano et al., 2021). Molti utilizzano l'attributo "*gatekeeping*" per evidenziare come la totale delega ai professionisti della salute mentale sia intrinsecamente stigmatizzante e ostacolante per gli individui intenzionati ad affrontare un percorso di affermazione di genere (Crapanzano et al., 2021). Inoltre, si è evinto che spesso i clinici filtrano le proprie osservazioni attingendo a luoghi comuni che confluiscono in ciò che viene definita "transnormatività" (ad esempio la convinzione che tutte le persone transgender desiderino di diventare del sesso opposto), imponendo quindi una visione stereotipata piuttosto che cogliere la realtà soggettive di questi individui (Crapanzano et al., 2021).

Sulla scorta di quanto esposto, la comunità transgender risulta scissa in due polarità (Crapanzano et al., 2021). La prima perpetra il rifiuto del modello medico-psichiatrico che è visto come la causa principale della sofferenza delle persone

transessuali in quanto l'allineamento dell'individuo a dei criteri diagnostici è visto come un processo di per sé stigmatizzante; dall'altra parte, si trovano i sostenitori della diagnosi quale garante economico-legale (Crapanzano et al., 2021).

Il cosiddetto “Modello del Consenso Informato” può rappresentare il punto di convergenza tra queste due posizioni antitetiche (Crapanzano et al., 2021). In via di sviluppo (e già in uso in alcune parti) negli Stati Uniti, tale modello permette di accedere ai trattamenti ormonali bypassando la certificazione diagnostica di disforia di genere, eliminando quindi l'obbligatorietà del processo psicoterapico (Crapanzano et al., 2021). Ciò che viene messo in primo piano è il diritto di autodeterminazione a cui viene subordinata l'autorità medica, che avrà il compito di esporre in maniera dettagliata alla persona transgender i rischi e i benefici legati alla terapia ormonale sostitutiva ed eventualmente, valutare se effettivamente la persona rientra nelle condizioni psicofisiche tali per cui fornire un consenso informato (Crapanzano et al., 2021).

Ulteriore novità introdotta negli Stati Uniti è l'ampliamento delle figure professionali adibite alla valutazione del consenso informato: non saranno più solo psichiatri e psicoterapeuti ma anche counselor, psicologi, assistenti sociali, infermieri, farmacisti e medico di famiglia (Crapanzano et al., 2021).

Capitolo II: Clinica della disforia di genere

2.1 Contributi psicanalitici classici e contemporanei

Come accennato nel primo capitolo, la psicanalisi si inserisce nel discorso scientifico relativo all'incongruenza di genere assumendo una posizione normativo-essenzialista, dunque, declinando il fenomeno come forma di psicopatologia (Lemma, 2023). Numerosi teorici, infatti, considerarono la transessualità come precipua tipologia di disturbo narcisistico, in cui la fantasia di modificazione del corpo è concepita come una forma di diniego finalizzata ad armonizzare gli equilibri narcisistici e la coesione del Sé (Argentieri, 2006; Chinland, 2000, 2003; Oppenheimer, 1991; Quinodoz, 1998, 2002).

Altri autori interpretarono il transgenderismo come perversione (Limentani, 1979; Socarides, 1970) o come espressione sintomatologica di una soggiacente struttura psicotica (Millot, 1990): tra queste due teorie si può ravvisare la convergenza per la quale vi è una rigida struttura difensiva messa in atto per eludere il pericolo di frammentazione psicotica (Lemma, 2023).

In generale, le posizioni essenzialiste in materia sono accomunate dall'intendere la realizzazione del desiderio di cambiare genere come una forma di agito laddove sarebbe auspicabile dare voce ai propri conflitti interni per vie simboliche (Quinodoz, 1998).

Diversamente dagli autori appena citati, vi è un filone teorico che sconfinava dagli argini definiti dall'approccio psicanalitico classico, a partire dall'assunto per il quale l'identità sessuale non è un fattore biologicamente determinato, bensì fluido e performativo (Hakeem, 2018). L'implicazione diretta è la messa in

discussione di costrutti cardine dell'impalcatura psicanalitica quali il complesso di Edipo, laddove le identificazioni e contro-identificazioni caratterizzanti questa fase, come evidenzia la Benjamin (1998), non risultano rigide e polarizzate, ma ambigue e sfumate. In tal senso quindi il transgender sfida la psicanalisi nel rivalutare e risignificare le dicotomie concettuali mente-corpo, maschile-femminile, attività-passività (Gherovici, 2017a).

Oltre a ciò, studiosi contemporanei quali Suchet (2011) e Silverman (2015) si oppongono alla corrente essenzialista considerando il processo di transizione chirurgica parte integrante del processo terapeutico del transgender, piuttosto che un meccanismo difensivo da bonificare. In termini lacaniani, per questi autori l'alterazione del corpo rappresenta il *sinthome*, ossia la risoluzione creativa dei conflitti interni che affliggono queste persone (Gherovici, 2017b).

Rispetto a quanto appena esposto, la prospettiva di Alessandra Lemma (2023) auspica ad offrire una chiave di lettura in termini psicanalitici dell'esperienza transgender evitando una presa di posizione puntuale ma cercando di dar voce e rispettare le idiosincrasie delle biografie di queste persone.

La stessa autrice considera il fenomeno dell'incarnazione come il punto di partenza per la comprensione del transgender. Il desiderio di cambiare sesso (e l'attuazione di tal desiderio), infatti, può essere letto come l'estremo risolto della sfida evolutiva in cui tutti siamo ingaggiati, ossia quella che Winnicott (1970) definì come processo di "personalizzazione", tramite il quale la psiche prende sede nel soma, consentendo all'infante di attuare una differenziazione tra me e non-me.

L'approdo ad un'identità che dia coerenza e unità al molecolarismo psichico inconscio che ci caratterizza, che ci permetta quindi di dire "lo sono questo" (Perelberg, 1999), avviene a partire da esperienze senso-percettive radicate nel somatico. Fu proprio Freud a dare la spinta germinativa a quest'idea asserendo che "l'io è innanzitutto un'entità corporea; non è semplicemente un'entità di superficie, ma è essa stessa la proiezione di una superficie" (Freud, 1923: 26).

Riprendendo le basi gettate dal padre della psicanalisi Ogden (1999) postula la fase "contiguo-autistica", intendendola come la forma più rudimentale dell'organizzazione di sé, colonizzata da elementi sensoriali che danno continuità all'esperienza corporea del bambino in modo tale da aggirare il pericolo di disintegrazione. Il corpo quindi, a partire da vissuti percettivi elementari come caldo/freddo, asciutto/bagnato, rappresenta la prima forma di contenitore del senso di sé (Winnicott, 1966).

Nel corso dello sviluppo queste esperienze si condensano in una mappa psichica in cui vi è inscritta la rappresentazione mentale del corpo che rimane più o meno stabile nel tempo (Damasio, 1999). Ruolo fondamentale è giocato dalle variabili intersoggettive che influenzano tale rappresentazione, in quanto "le relazioni esterne danno risonanza affettiva all'immagine corporea del paziente" (Lemma, 2023: 60). L'oggetto primario avrà quindi la responsabilità di trasformare ciò che Bollas (1989) definì "conosciuto non pensato" in materiale rappresentabile ed integrabile attraverso gli scambi non verbali che danno senso al mondo interno del bambino, preconditione di quella che si consoliderà come capacità di mentalizzazione (Shai & Fonagy, 2013).

Suddetti spunti teorici possono fornire un contributo nella comprensione del vissuto interno del transgender in particolare rispetto al tema di non essere riconosciuti che può essere riconducibile ad un fallimento nel rispecchiamento e nella risonanza affettiva dell'esperienza dell'incarnazione (Lemma, 2023).

Nello specifico, Alessandra Lemma (2023), basandosi sulle vicende cliniche con cui si è interfacciata, elenca quattro nuclei tematici principali attorno cui orbita la sofferenza del transgender:

1. l'incompatibilità tra corpo dato e corpo desiderato;
2. la difficoltà nel comunicare ai caregiver nel corso dello sviluppo tale incompatibilità;
3. la polarizzazione tra il "non essere visto" e l'essere "eccessivamente guardato" (da cui scaturiscono sentimenti di vergogna e inadeguatezza);
4. il gradiente di investimento sull'aspetto "concreto" del corpo, espresso nel desiderio intenso di sottoporsi a RCS (l'urgenza della richiesta dell'intervento medico secondo l'autrice risulta proporzionale a vissuti di neglect affettiva).

Ciò si declina a livello transferale nel desiderio di essere riconosciuti e accolti nel proprio stato di disagio; alcune persone transgender potrebbero aver vissuto un'infanzia in cui hanno sperimentato ripetuti fallimenti nel trovare una corrispondenza tra il modo in cui si sentivano e il modo in cui venivano riflessi dagli altri, e nel comprendere la loro incongruenza di identità di genere (Lemma, 2023). Idealmente, infatti, il caregiver dovrebbe essere in grado di "digerire" la caotica esperienza interna del figlio per restituirgliela "metabolizzata" attraverso quella funzione che Bion (1967) indica con la *rêverie*. Se tal compito non viene

espletato, il rischio potenziale è che si sviluppi un “sé alieno”, ossia uno stato del Sé non opportunamente mentalizzato dal genitore e scotomizzato dalla percezione cosciente del bambino (Fonagy et al., 2002). Ne consegue che lo stesso sia poi esposto ad una frustrante esperienza di dissociazione dal proprio corpo che è vissuto come estraneo e “nemico” (Lemma, 2023).

L’epilogo della battaglia contro questo “nemico” è sovente rappresentato dal ricorso alla RCS che, sebbene diversi studi confermino gli outcome positivi derivanti da questa pratica (Defreyne, Motmns, & T'Sjoen, 2017) può essere contro-produttore (sia per il clinico che per il paziente) vederla come soluzione definitiva, non contemplandone quindi le conseguenze psicologiche. Riguardo all’argomento Alessandra Lemma (2023) evidenzia l’imprescindibilità del lavoro di integrazione tra il “corpo biologico” e il “corpo modificato” all’interno della propria narrazione personale, entrambi pezzi del puzzle psichico che senza tale processo di integrazione rimarrebbe inevitabilmente mutilato, incompleto. Perciò, oltre ad elaborare l’alterazione corporea ad un livello più “superficiale”, “occorre anche gestire psicologicamente il significato della continuità del corpo dato e degli oggetti a cui esso inevitabilmente ci lega. Questa continuità prevale su qualsiasi cambiamento effettivo che il corpo può subire nel tempo, perché la continuità di cui parlo si riferisce al legame del corpo dato con il suo passato e la sua storia evolutiva” (Lemma, 2023: 75).

Le riflessioni psicanalitiche sin qui esposte mostrano come il mondo interno del transgender sia ben più complesso di quanto possano far supporre le narrazioni comuni, che spesso riducono la condizione ad un mero “sentirsi a disagio con il proprio corpo”. In virtù di ciò diversi studiosi mettono in luce l’importanza di fare

della psicoterapia uno strumento virtuoso che possa disvelare i significati inconsci celati sotto alle idiosincrasie di queste persone, per raggiungere una “reale” autodeterminazione scevra da influenze di controllo e da materiale inelaborato (Lemma, 2023).

2.2 Comorbidità psicopatologiche

Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato come la condizione di disforia di genere sia sovente associata a problematiche psicopatologiche (Paz-Otero et al., 2021; Frew, Watsford & Walker, 2021; Wittlin, Kuper & Olson, 2023). La ricerca si è focalizzata principalmente sui quadri comorbidi in età evolutiva, evidenziando la preminenza di disturbi internalizzanti, abuso di sostanze, comportamenti autolesivi e suicidari, disordini alimentari e disturbi dello spettro autistico (Frew, Watsford, Walker, 2021; Wittlin, Kuper, Olson, 2023).

2.2.1 Disturbi internalizzanti

Le problematiche di tipo internalizzante risultano essere le più diffuse all'interno della popolazione transgender (Paz-Otero et al., 2021). Come dimostrano studi recenti, infatti, i tassi d'incidenza variano dal 33 al 50.6% per quanto concerne i disturbi depressivi, mentre la presenza di disturbi d'ansia ha un range di oscillazione più ampio, che va dal 26,7 al 63,3% (Becerra-Culqui et al., 2018; Reisner et al., 2016; Peterson et al., 2017; Reisner et al., 2015). In generale, considerando la fascia di d'età che va dall'adolescenza all'età adulta, l'esistenza di psicopatologia internalizzante nella popolazione transgender è da 4 a 10 volte

superiore rispetto alla popolazione cisgender (De Pedro et al., 2017; Day et al., 2017); diversamente, nei bambini la discrepanza risulta attenuata, con livelli d'ansia leggermente incrementati negli ultimi anni e sintomi depressivi proporzionati ai pari *cis* (Becerra-Culqui et al., 2018; Olson et al., 2016; Durwood, McLaughlin & Olson, 2017).

In riferimento alla nosografia corrente, le diagnosi più diffuse sono quelle di disturbo depressivo maggiore e disturbo d'ansia generalizzata (Chodzen et al. 2019, Nahata et al. 2017, Sorbara et al. 2020).

Le principali cause legate al notevole incremento di ansia e depressione tra le persone transgender sono state individuate nel fenomeno della transfobia internalizzata e nell'incongruenza tra corpo assegnato e corpo desiderato (Chodzen et al., 2019). Inoltre, diversi studi in letteratura hanno approfondito il ruolo del meccanismo della ruminazione, ossia la focalizzazione ossessiva sui sintomi di distress e sulle circostanze ad essi associate, quale mediatore tra stigma e sintomi internalizzanti (Kaufman, Baams & Dubas, 2017; Liao et al., 2015; Szymanski, Dunn & Ikizler 2013; Timmins, Rimes & Rahaman 2020). Tal meccanismo si irrigidisce relativamente ad un aumento sproporzionato di comportamenti ipervigili, derivanti dallo stress cronico prodotto dalle reiterate esperienze di stigmatizzazione e discriminazione (Major & O'Brien, 2005; Mays, Cochran & Barnes, 2007; Mendoza-Denton et al., 2002).

In ultima analisi, il modello del *Minority Stress* illustrato nel primo capitolo risulta essere il più pertinente nel delucidare la presenza clinicamente significativa di disturbi internalizzanti nella popolazione transgender (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

È importante comunque sottolineare la sussistenza di numerose limitazioni nelle ricerche sopra riportate, quali l'assenza di una metodologia di assesment standardizzata (Frew , Watsford, & Walker , 2021) e la necessità di studi longitudinali che possano meglio descrivere il decorso psicopatologico dei risultati emersi (Steensma et al., 2011).

Sul versante opposto, vi sono infatti ricerche che dimostrano come in alcuni campioni i tassi di disturbi internalizzanti siano proporzionati tra le popolazioni transgender e non (Gibson, Glazier, & Olson , 2021). Ciò evidenzia l'impatto positivo risultante dal supporto sociale e dalle cure medico-psicologiche recentemente implementate che possono migliorare la salute mentale di queste persone (Wittlin, Kuper , & Olson , 2023).

2.2.2 Ideazione suicidaria, tentato suicidio e comportamenti autolesivi

La meta-analisi di Surace e collaboratori (2021) che include bambini, adolescenti e adulti transgender riporta tassi pari al 28% per gesti autolesivi e ideazione suicidaria, mentre il 14,8% riferisce almeno un tentato suicidio.

Sebbene diversi studi riportino percentuali di rischio più alte rispetto alla popolazione generale (fino a 4-5 volte superiore; Chen et al., 2019; Thorne et al., 2019; Wiepjes et al., 2020), i tassi combinati di suicidalità e autolesionismo risultano simili se equiparati a campioni clinici di adolescenti che cercano o ricevono servizi da centri di salute mentale (de Graaf, et al., 2020).

Un altro importante studio effettuato al *Centre of Expertise on Gender Dysphoria* ad Amsterdam (Wiepjes et al., 2020) che ha indagato il rischio di morte per

suicidio nell'ampia coorte clinica dal 1972 al 2017, mostra come le persone AFAB siano maggiormente esposte a tal rischio. Sempre all'interno della stessa ricerca, si è osservato come il tasso di suicidio ha avuto un andamento non lineare, infatti negli ultimi anni in Olanda si è assistito ad un leggero decremento nelle percentuali. Tale diminuzione è innanzitutto correlata con l'incremento dell'attenzione e visibilità (da parte dei media e della società) che viene data alle persone transgender, che contribuisce ad un clima di maggior accettazione sociale e tolleranza. Secondariamente, Wiepjes e collaboratori (2020) ipotizzano che proprio in virtù di questa progressiva integrazione sociale, le persone trans siano più propense a richiedere aiuto a specialisti di quanto non lo fossero in tempi meno inclusivi. Inoltre, si può supporre che l'aumento di studi in letteratura e della conoscenza in materia abbiano contribuito ad una maggiore efficienza dei servizi e degli interventi clinici, avendo quindi un effetto di prevenzione sul rischio di morte per suicidio (Wiepjes et al., 2020).

2.2.3 Abuso di sostanze

L'uso di sostanze stupefacenti tra gli adolescenti rappresenta una delle problematiche più perniciose in termini di salute pubblica (Fontanari, et al., 2019). All'interno di questo scenario, i giovani transgender sono considerati una popolazione particolarmente a rischio in quanto esposti a forme di discriminazione (e.g. *Minority Stress* (Meyer, 2003)) che possono tramutarsi in sintomi legati all'uso di sostanze psicotrope (Fontanari et al., 2019; Lai et al., 2015).

In riferimento ad uno studio effettuato in California su un campione di 32.072 studenti di scuole medie e superiori (di cui 335 transgender) è stato stimato un rischio fino a 2,5 volte superiore relativo all'uso di cannabis, alcool e sigarette da parte dei giovani transgender rispetto ai coetanei cisgender (Day et al., 2017). De Pedro e colleghi (2017) evidenziano come la probabilità diventa triplice se si considerano droghe specifiche quali cocaina, anfetamine, droghe inalanti e antidolorifici su prescrizione medica.

Come sopra accennato, i giovani transgender non rappresentano una popolazione "*ipso facto*" a rischio, ma lo diventano come conseguenza di un ambiente sociale poco supportivo e talvolta invalidante (Fontanari, et al., 2019). Fontanari e colleghi (2019) indagano la questione effettuando uno studio in Brasile, focalizzandosi sull'uso di sostanze finalizzato a ridurre lo stress, al di fuori quindi di ogni uso ricreativo. Tale ricerca mostra come i fattori determinanti l'abuso di sostanze tra i giovani transgender sono l'instabilità domestica e la discriminazione sociale. I soggetti coinvolti ammettono di sentirsi insicuri nelle loro case, nel quartiere e sui trasporti pubblici. Dai risultati dello studio si evince quindi che maggiore è il senso di insicurezza percepito e maggiore è l'abuso di droghe per far fronte a tali fattori stressanti (Fontanari, et al., 2019).

2.2.4 Disturbi alimentari

È noto che la condizione di disforia di genere, specialmente in giovane età, è associata a forti preoccupazioni focalizzate sulla forma e sul peso corporeo che possono sfociare in un disturbo alimentare conclamato (Feder et al., 2017). Per

far fronte al senso di insoddisfazione rispetto al proprio corpo queste persone adottano comportamenti alimentari disordinati per cercare di modificare le caratteristiche fisiche che non corrispondono al genere con cui si identificano (Milano , et al., 2020). Spesso, per gli AFAB la finalità di tali comportamenti è orientata a fermare le mestruazioni e lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari (Geilhufe et al., 2021), mentre gli AMAB, tramite la perdita di peso cercano di incarnare ideali corporei culturalmente riferiti al genere femminile (Cusack & Galupo , 2021).

Le persone transgender, quindi, possono affrontare livelli elevati di insoddisfazione corporea e si ritiene che il corpo sia la principale fonte di sofferenza per loro (Jones et al., 2016).

Lo studio di Feder e collaboratori (2017) ha indagato i livelli di insoddisfazione corporea e i sintomi legati a disturbi alimentari in un campione di 97 persone transgender. All'interno della coorte, 5 persone hanno ricevuto la diagnosi comorbida di disturbo alimentare e altre 10 hanno manifestato un orientamento cognitivo prototipico dei disturbi alimentari (es. paura legate all'aumento di peso, forte stress associato all'immagine corporea) e sintomi annessi (es. restrizioni nutritive ed esercizio fisico eccessivo). La proporzione AMAB/AFAB di questo sotto-gruppo costituito da 15 persone è 1 a 4: ciò significa che, rapportato alla popolazione generale, per gli AFAB il rischio di sviluppare un disturbo alimentare è fino a 19 volte rispetto alle donne cisgender (Feder et al., 2017).

Un'altra attuale ricerca ha tentato di approfondire il legame tra disforia di genere e disturbi alimentari (Joy , White , & Jones , 2022). Le esperienze di incompatibilità con il proprio corpo hanno avuto un impatto significativo sulle

esperienze di trattamento dei disturbi alimentari di tutti i partecipanti. Ciò che emerge in maniera saliente dal suddetto studio è il senso di inadeguatezza percepito dalle persone transgender all'interno dei servizi preposti alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi alimentari. La maggior parte dei partecipanti, infatti, ha ritenuto di non adattarsi alle attuali concezioni e programmi riabilitativi legati ai disturbi alimentari che pongono l'accento sulla cultura dietetica e sull'obiettivo della magrezza come cause comuni della psicopatologia stessa, trascurando l'impatto che ha la disforia di genere in termini eziologici (Joy , White , & Jones , 2022). In virtù di questo, un partecipante all'interno della ricerca ammette di essersi sentito "sbagliato" in quanto non in linea con i valori intrinseci promulgati dal binarismo di genere (Joy , White , & Jones , 2022). Ciò porta l'attenzione su quanto esposto da Paz-Otero e collaboratori (2021), ossia che lo stigma sociale e le conseguenti molestie, discriminazioni e stress derivanti dalla non conformità di genere sono fattori che aumentano il rischio di sviluppare disturbi alimentari.

La ricerca appena illustrata vuole quindi evidenziare la necessità di una maggiore consapevolezza delle ipotesi cis-normative che permeano i sistemi di assistenza sanitaria e plasmano la pratica della salute nei programmi di disturbi alimentari, con l'implementazione di una formazione obbligatoria che includa la comprensione del ruolo del genere e dell'orientamento sessuale nella salute (Joy , White , & Jones , 2022).

2.2.5 Disturbi dello spettro autistico

Negli ultimi due decenni, una mole crescente di ricerche si è occupata dell'indagine della co-esistenza di disturbi dello spettro autistico e disforia di genere (Øien, Cicchetti, & Nordahl-Hansen, 2018). Alcuni studi, basati principalmente su campioni clinici, hanno indicato che i giovani transgender hanno una maggiore probabilità di essere autistici o di manifestare tratti autistici (es. difficoltà nella comunicazione sociale) rispetto ai loro coetanei cisgender (Akgül et al., 2018; Nahata et al., 2017). Ad esempio, in uno studio condotto presso una clinica generale in Australia su un gruppo di 104 giovani (età media 15,49 anni), si è osservato che il 22,1% di loro soddisfaceva i criteri per il disturbo dello spettro autistico e il 9,62% aveva una diagnosi formale, rispetto al 1,7%-2,47% nella popolazione generale (Mahfouda , et al., 2019).

I limiti della ricerca attualmente non permettono di identificare fattori eziologici che giustifichino la comorbidità tra disforia di genere e autismo, tuttavia, alcuni studiosi hanno suggerito che le persone con autismo tendono ad essere più inclini a respingere idee che percepiscono come imperfette o logicamente incoerenti, come il condizionamento sociale e le norme sociali. Questo atteggiamento può facilitare il processo di "coming out" nelle persone transgender con autismo (Kristensen & Broome, 2015; Ansara & Hegarty, 2012).

Un altro filone di ricerca si è focalizzato sull'ipersensibilità quale tratto precipuo dei disturbi dello spettro autistico: l'ipersensibilità e la disforia di genere possono essere correlati attraverso l'esperienza di disforia sensoriale. Ciò significa che l'ipereccitabilità associata all'autismo può intensificare i sentimenti di disagio di genere aumentando la percezione delle esperienze negative riguardanti il proprio

corpo (Cooper et al., 2021). L'aumento del distress, inoltre, può essere correlato alla propensione tipica dell'autistico al pensiero operatorio (Cooper et al., 2021).

Per quanto concerne il substrato neurobiologico, la ricerca di Knickmeyer e Baron-Cohen (2006) ha evidenziato come l'iperplasia surrenale congenita (CAH), condizione nella quale un individuo di genotipo XX ha una sovrapproduzione di androgeni, contribuisce sia nello sviluppo di tratti autistici che di caratteristiche fenotipiche maschili (la ricerca ha validità solo per gli individui AFAB).

2.3 Incongruenza di genere e correlati neurali

Il dibattito concernente l'effetto potenziale dei fattori biologici, psicologici e sociali/culturali nell'eziologia dell'incongruenza e disforia di genere rimane tutt'ora aperto. A tal riguardo, alcuni studi corroborano l'ipotesi per cui le variabili biologiche abbiano un ruolo determinante nella genesi e nel decorso di questi fenomeni (Bao & Swaab, 2011; Ristori, et al., 2020).

Recentemente, si è approfondita l'idea del cervello sessualmente dimorfico come base anatomica dello sviluppo psicosessuale, in particolare sull'influenza della modulazione da parte dei geni e degli ormoni nella formazione delle differenze sessuali nel cervello (Kreukels & Guillamon, 2016). Si presume che le variazioni nella struttura e nelle funzioni cerebrali, causate dall'interazione tra geni e ormoni sessuali durante lo sviluppo cerebrale, costituiscano la base dell'identità di genere in formazione (Ristori, et al., 2020).

Le peculiarità strutturali e funzionali del cervello in individui transgender sono state esplorate utilizzando la tecnica della risonanza magnetica (MRI) per cercare

di supportare questa ipotesi di base biologica. Nel contesto della morfologia cerebrale, vari studi hanno offerto supporto a questa ipotesi, particolarmente tra le donne transgender, mostrando delle configurazioni cerebrali coerenti con l'identità di genere (Zubiaurre-Elorza, et al., 2013; Kranz, et al., 2014; Luders, et al., 2009; Rametti, et al., 2011; Rametti, et al., 2011b).

2.3.1 Differenze nello spessore corticale e subcorticale

La risonanza magnetica dello spessore corticale rileva le proprietà delle cellule della corteccia quali quantità, dimensione, la distanza cellulare e il gradiente di mielinizzazione (Kruggel et al., 2001; Eickhoff, et al., 2005). Tale misurazione è stata ampiamente utilizzata negli anni per stimare le differenze cerebrali nei due sessi (Winkler, et al., 2010). Diversi studi hanno infatti rilevato porzioni di corteccia cerebrale più spessa nelle donne rispetto agli uomini, nello specifico a livello dei lobi frontali, parietali, occipitali e nella corteccia associativa delle regioni temporali e parietali nell'emisfero destro (Luders et al., 2006; Sowell, et al., 2007). Inoltre, in un campione cinese, la medesima differenza è stata riscontrata anche rispetto al giro frontale superiore, al giro precentrale e al giro postcentrale, in entrambi gli emisferi (Lv, et al., 2010).

La ricerca effettuata da Raznahan e collaboratori (2010) ha mostrato come le differenze sessuali della struttura corticale appena illustrate si modificano nel corso dello sviluppo. Nello specifico, l'esperimento posto in essere ha dimostrato che in un campione di bambini maschi di 9 anni lo spessore corticale risultava maggiore rispetto ai soggetti di sesso femminile; all'età di 22 anni suddetta

differenza comincia progressivamente ad invertirsi. Ciò è dovuto ad un graduale assottigliamento corticale, relato al processo di potatura sinaptica a sua volta mediato dai recettori degli androgeni, motivo per cui l'assottigliamento risulta maggiormente pronunciato nel genere maschile (Raznahan, et al., 2010; Huttenlocher, 1990).

Lo studio di Zubiaurre-Elorza e colleghi (2013) ha rilevato modificazioni corticali in soggetti transgender coerenti con le caratteristiche cerebrali del genere esperito (perciò in contrasto con il genere biologico). La ricerca ha coinvolto 94 soggetti, di cui 42 sperimentali (24=AFAB; 18=AMAB).

Per quanto riguarda gli AMAB, i risultati evidenziano uno spessore corticale congruente con le femmine di controllo, senza alcuna differenza significativa. Nello specifico, rispetto ai soggetti di genere maschile, gli AMAB mostrano maggior densità di materia grigia a livello sia della corteccia orbitofrontale destra che nell'insula, così come nella regione occipitale mediale destra. Questi risultati supportano l'ipotesi che il cervello di individui AMAB sia femminilizzato in termini di spessore corticale (Zubiaurre-Elorza, et al., 2013).

Per converso, nei soggetti sperimentali AFAB, non sono state ravvisate discrepanze nello spessore corticale, il quale risulta concorde con il genere biologicamente assegnato. Ciononostante, dal medesimo studio sono emersi dati rilevanti a livello subcorticale: la regione del putamen destro, è risultata essere infatti più voluminosa rispetto ai valori attesi relativi al sesso biologico (Zubiaurre-Elorza, et al., 2013). Ciò dimostra la mascolinizzazione di queste struttura cerebrale, in quanto risulta statisticamente più sviluppato in termini volumetrici nel genere maschile rispetto a quello femminile (Rijpkema, et al., 2012).

2.3.2 Differenze nella materia bianca

La risonanza magnetica con tensore di diffusore è la tecnica più efficace per misurare le modificazioni microstrutturali della materia bianca. È principalmente impiegata in studi con pazienti con disturbi psicopatologici (Nucifora, Verma, Lee, & Melhem, 2007) e per investigare le differenze cerebrali tra i due sessi negli adulti (Westerhausen, et al., 2003).

La ricerca di Rametti e colleghi (2011) si propose di verificare la presenza di tali modificazioni in individui transgender (nello specifico in soggetti AFAB), sfruttando l'anisotropia frazionaria come indicatore della coerenza della materia bianca e dell'organizzazione assonale (Lebel et al., 2008).

I risultati mostrano come le discrepanze tra i soggetti AFAB e le femmine di controllo sussistano a livello del fascicolo longitudinale superiore, del *forceps minor* e del tratto corticospinale, mentre rispetto ai maschi di controllo l'unica differenza ravvisata è nel tratto corticospinale (Rametti, et al., 2011). Ciò dimostra che negli individui AFAB non sottoposti a terapia ormonale la microstruttura della materia bianca dei fascicoli associativi è più simile a quella del genere esposto rispetto al genere biologico.

Simili differenze sono state riscontrate anche per quanto concerne le caratteristiche morfologiche del corpo calloso, che in soggetti transgender risultano congrue con l'identità di genere (Yokota, Kawamura, & Kameya, 2006).

Sulla scorta degli esiti poc'anzi citati, anche la microstruttura della materia bianca risulta mascolinizzata/femminilizzata in soggetti transgender, similmente a

quanto dimostrato per la materia grigia (Rijkema, et al., 2012; Rametti , et al., 2011).

2.3.3 Immagine e percezione corporea

Ribadendo che la disforia di genere si caratterizza per un disagio e una sensazione di profonda sofferenza e disconoscimento rispetto al proprio genere assegnato alla nascita (APA, 2013), diversi studi recenti hanno cercato di cogliere ed indagare a livello neurobiologico tale conflitto in maniera più approfondita (Manzouri & Savic, 2019; Case et al., 2017; Feusner , et al., 2017; Altinay & Anand , 2020; Fisher, et al., 2020).

Il punto di partenza è rappresentato dall'immagine corporea, dimensione nucleare all'interno della sintomatologia di questa condizione, poiché la sensazione di appartenere al genere "sbagliato" spesso dilaga al di fuori dei confini psicologici per approdare al corpo fisico, causando una distorsione dell'immagine corporea (Lindgren & Pauly, 1975).

La percezione del proprio corpo si basa sull'interazione bilaterale tra le senso-percezioni relative all'aspetto fisico (risultanti dall'auto-osservazione e le reazioni degli altri) e la rappresentazione della propria immagine corporea a livello cerebrale (Vocks, et al., 2010).

Diversi studi hanno dimostrato che i processi legati all'identificazione del corpo come proprio sono mediati dal lobo parietale inferiore destro e la giunzione temporo parietale, il precuneo e il cingolato posteriore, il giro orbitale posteriore e la corteccia insulare destra (Northoff & Panksepp, 2008; Devinsky et al., 1989).

Inoltre, il *default mode network* (DMN), composto dalle cortecce cingolata posteriore, prefrontale mediale e parietale laterale, è risultato essere sovrapposto ad aree cerebrali deputate alla percezione corporea nel contesto del sé (Feusner, et al., 2017). In virtù di suddetta correlazione, nello studio di Feusner e colleghi (2017) la coorte di soggetti con disforia di genere ha mostrato connessioni funzionali più deboli all'interno del *default mode network*. Ciò corrobora l'ipotesi di una disconnessione all'interno delle subcomponenti del DMN legate alla percezione corporea che si riflette a livello psicologico nell'incapacità di integrare l'identità di genere al sesso biologicamente assegnato (Salomon, Levy, & Malach, 2014).

Questo conflitto sussiste in maniera accentuata per quanto riguarda i tratti fisici peculiari legati al genere (caratteri sessuali); in tal senso, nelle persone transgender, le parti del corpo tipiche del sesso assegnato alla nascita non sono integrate nella rappresentazione mentale dell'immagine corporea (Manzouri & Savic, 2019). Case e collaboratori (2017) avallano questo dato mediante un esperimento mirato ad indagare la differenza nell'attivazione delle regioni cerebrali coinvolte nella percezione e nell'aspetto emotivo del corpo nelle persone AFAB rispetto alle donne di controllo, nel momento in cui viene dato un input tattile proveniente dal petto, che è una parte del corpo considerata significativamente incongruente da tutti i partecipanti AFAB dello studio in questione. Per fare ciò, sono state analizzate le registrazioni magnetoencefalografiche (MEG) ottenute durante la stimolazione del seno e della mano.

I risultati emersi mostrano come i partecipanti AFAB e i soggetti femminili di controllo non differiscono nella risposta neurale conseguente alla stimolazione della mano. Relativamente alla sensazione del seno, tuttavia, i partecipanti AFAB hanno mostrato una ridotta risposta sensoriale precoce nel giro sopramarginale e nella corteccia somatosensoriale secondaria nella finestra temporale di 40-76-ms (Case et al., 2017). Questi risultati confermano le differenze nell'elaborazione neurale di parti del corpo di sensazione incongruente, tra cui ridotta integrazione parietale, ma maggiore risposta dell'amigdala per sensazione incongruente proveniente dal torace. Inoltre, la ridotta elaborazione a livello del giro sopramarginale suggerisce che la sensazione del seno potrebbe non essere trattata come "propria" negli individui AFAB. Il giro sopramarginale è criticamente coinvolto nelle distinzioni io-altri e i partecipanti AFAB del presente studio hanno fornito valutazioni basse per la loro sensazione di proprietà del seno (Case et al., 2017). In modo simile, la riduzione dell'attività nella corteccia somatosensoriale secondaria nelle persone AFAB quando si tratta della sensazione toracica potrebbe indicare una minore capacità di integrare le sensazioni provenienti dal seno e una minore consapevolezza cosciente di tali sensazioni (Case et al., 2017).

2.3.4 Dissonanza cognitiva

Accade sovente che le persone con disforia di genere si trovino in situazioni in cui vengono appellate tramite l'uso di pronomi sbagliati e ciò provoca un costante senso di stress dovuto alla discrepanza tra l'identità di genere autopercepita e la percezione altrui (Altinay & Anand , 2020). Tale stress può essere meglio

spiegato dal costrutto di dissonanza cognitiva, ossia il disagio provocato dalla considerazione simultanea di idee psicologicamente incoerenti (Festinger, 1957). Laddove un individuo contempla contemporaneamente idee, valori o credenze contraddittorie, si verifica reattivamente uno sforzo psichico per ridurre la dissonanza (de Vries, Byrne, & Kehoe, 2015).

Questo fenomeno è stato esplorato a livello cerebrale mediante lo studio di de Vries e colleghi (2015). I risultati emersi conseguenti all'espletamento di compiti che generano dissonanza cognitiva hanno indicato attività nella corteccia cingolata anteriore, nel giro frontale inferiore e nel precuneo. Nello specifico, la corteccia cingolata anteriore è deputata al rilevamento della dissonanza cognitiva, mentre la corteccia prefrontale ha la funzione di neutralizzare la discrepanza tra le idee in conflitto (de Vries, Byrne, & Kehoe, 2015).

Come illustrato in precedenza, plurime ricerche hanno rilevato in soggetti transgender minor connettività funzionale a livello delle zone cerebrali che sottendono il processamento dell'immagine corporea (Manzouri & Savic, 2018). Mentre queste basi neurali creano le discrepanze biologiche tra il genere assegnato alla nascita e quello sperimentato, le differenze cerebrali funzionali e lo stress continuo possono causare i sintomi della disforia attraverso meccanismi come la dissonanza cognitiva (Altinay & Anand, 2020).

Sulla scorta di quanto appena citato, Altinay e Anand (2020) propongono un modello che riassume i connotati neuroanatomici riscontrati nei soggetti con disforia di genere e le possibili correlazioni con le basi neuro-comportamentali della dissonanza cognitiva.

Il modello di dissonanza di genere del cervello suggerisce che i sintomi della disforia di genere derivino principalmente dalla continua e perpetua discrepanza tra il genere sperimentato dall'individuo e il feedback proveniente dall'ambiente. Questa costante disconnessione tra il mondo interno ed esterno porta le persone transgender a vivere in uno stato persistente di dissonanza, il che a sua volta può portare all'esperienza di stati disforici (Altinay & Anand , 2020).

Il corrispettivo neurobiologico di tale stato può essere rappresentato dalla rottura del circolo adattivo striato-corticale dovuto alla perpetua pressione sociale e ai feedback incongruenti che le persone transgender ricevono dall'ambiente (Altinay & Anand , 2020).

Capitolo III: La ricerca

Alla luce della letteratura finora dissertata, nel seguente capitolo verrà esposta una ricerca che si propone di offrire un'analisi descrittiva di un campione pilota. Tale campione è costituito da persone afferite al Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere (CRRIG) presso l'Azienda-Ospedale Università di Padova.

Nel primo paragrafo verrà quindi descritto il centro appena citato, passando in rassegna le modalità operative, gli strumenti implementati e gli specialisti dell'equipe multidisciplinare.

A seguire, il secondo paragrafo sarà incentrato sulla presentazione della ricerca, contemplandone gli obiettivi, la metodologia impiegata e l'analisi dei dati.

Per concludere, verranno discussi i risultati emersi e le prospettive future in virtù della ricerca effettuata.

3.1 Introduzione al Centro di Riferimento Regionale per

l'Incongruenza di Genere

Il Gruppo Interdisciplinare per l'Incongruenza di Genere (GIIG) è stato istituito nel 2021 dall'Azienda-Ospedale Università di Padova sotto la coordinazione del professor Andrea Garolla, con lo scopo di coadiuvare le competenze di figure specializzate per la promozione della salute di persone transgender.

Con il decreto regionale n.241 del 7 Marzo 2023 l'Azienda-Ospedale Università di Padova è stata individuata come Centro di Riferimento Regionale per

l'Incongruenza di Genere (CRRIG), diventando quindi punto nevralgico per l'accompagnamento di persone transgender in percorsi di affermazione di genere. Il Centro si impegna a fornire una gamma completa di servizi relativi ai trattamenti di affermazione di genere e alla salute delle persone transgender. Utilizzando un approccio multidisciplinare, si assicura che ogni individuo riceva un percorso personalizzato, garantendo al contempo la massima sicurezza sia dal punto di vista fisico che psicologico. Questi servizi comprendono la gestione e il monitoraggio delle terapie ormonali, con attenzione particolare agli eventuali effetti collaterali, e un costante follow-up specialistico.

Nel gruppo interdisciplinare sono coinvolte le seguenti figure specialistiche, con mansioni specifiche per garantire un trattamento onnicomprensivo e il più efficace possibile:

- Endocrinologo per la presa in carico delle persone transgender, la somministrazione della terapia su piano terapeutico regionale, il follow-up cronico (dott. Alberto Ferlin, dott.ssa Valentina Camozzi, dott. Alberto Scala);
- Psicologo, Psichiatra e Neuropsichiatra infantile per i percorsi di diagnosi, supporto, terapia e follow-up psicologico e psichiatrico (dott.ssa Marina Miscioscia, dott.ssa Rossana Schiavo, dott.ssa Marta Ghisi, dott.ssa Angela Favaro, dott. Paolo Meneguzzo, dott.ssa Michela Gatta, dott.ssa Benedetta Tascini);
- Endocrinologo pediatra per la valutazione degli aspetti di salute generale e auxologici di adolescenti e bambini pre-puberi (Dott.ssa Laura Guazzarotti);

- Internista per la valutazione degli aspetti di salute generale e per eventuali eventi avversi sul sistema cardiovascolare, sul metabolismo osseo, glucidico e lipidico (Dott. Giuseppe Sergi, Dott. Sandro Giannini, Dott.ssa Chiara Ceolin);
- Ginecologo, Urologo e Chirurgo plastico per i trattamenti chirurgici di affermazione di genere (Dott. Carlo Saccardi, Dott. Fabrizio Dal Moro, Dott. Massimo Iafrate, Dott. Bruno Azzena);
- Nutrizionista per le problematiche relative ad obesità e magrezza (Dott. Francesco Francini);
- Radiologo per per l'esclusione di patologie oncologiche a carico degli organi endocrini e per il monitoraggio degli effetti delle terapie ormonali sugli organi interni;
- Otorinolaringoiatra per le problematiche correlate ai cambiamenti del tono della voce e alla chirurgia affermativa del volto (Dott. Giancarlo Ottaviano);
- Infettivologo per la presa in carico di persone affette da infezioni sessualmente trasmissibili (Dott.ssa Anna Maria Cattelan, Dott.ssa Lolita Sasset);
- Farmacista per l'erogazione dei farmaci a carico del SSR (Dott.ssa Francesca Venturini);
- Medico legale per l'interpretazione e il rispetto delle normative vigenti (Dott.ssa Anna Aprile);
- Bioeticista per le tematiche di contesto (Dott. Camillo Barbisan).

L'avviamento del percorso di affermazione è rappresentato dai colloqui psicologici preliminari condotti dal professionista di riferimento, finalizzati ad esplorare e approfondire le motivazioni che spingono la persona alla consultazione. È importante, inoltre, che vengano fornite informazioni precise riguardo il trattamento per orientare la persona ad una scelta consapevole basata su aspettative realistiche.

La prassi richiede uno screening diagnostico per valutare la presenza o meno di comorbidità psicopatologiche, con l'aiuto dell'expertise di più figure professionali (psicologo-psichiatra-neuropsichiatra infantile). Laddove sussistano quadri comorbidi, sarà necessario comprendere se la condizione di disforia di genere risulti primaria o sintomatica di altri disturbi; il piano terapeutico dovrà dunque focalizzarsi prima sulla psicopatologia per poter poi proseguire con il percorso di affermazione di genere. Per redigere una relazione che accerti la diagnosi di Incongruenza di genere, infatti, è essenziale che lo specialista si accerti dell'assenza di comorbidità psicopatologiche invalidanti che potrebbero compromettere l'intero percorso.

Oltre a coinvolgere un'équipe multidisciplinare, il supporto psicologico si declina in maniera sistemica, includendo anche la famiglia della persona transgender a partire dalla comunicazione della diagnosi.

Proprio la diagnosi risulta un tassello importante dell'intero percorso di affermazione in quanto, come precedentemente accennato, è un passaggio obbligato per l'avvio della terapia ormonale.

Oltre ai 6 mesi obbligatori, il CRRIG offre aiuto psicoterapico alla persona transgender lungo tutto il percorso, anche successivamente alla terapia ormonale e agli eventuali interventi chirurgici.

Riguardo alla terapia ormonale, il centro offre la possibilità di prescrivere (laddove sia stata erogata la certificazione diagnostica) la *gender-affirming hormone therapy* (GAHT). Nei soggetti AMAB, tale trattamento induce una femminilizzazione somatica mediata dall'uso di estrogeni e anti-androgeni. I primi cambiamenti osservabili nella terapia di femminilizzazione riguardano l'umore e la sfera sessuale, con una riduzione della libido e delle erezioni. Successivamente, si verifica una crescita dei seni dopo 3-6 mesi, miglioramenti nella pelle come la maggiore morbidezza e la diminuzione della produzione di sebo entro lo stesso periodo di tempo, una ridotta crescita dei peli corporei dopo 6-12 mesi e infine la perdita di massa muscolare e la redistribuzione del grasso corporeo in modo più femminile, che si manifesta anch'essa entro i primi 3-6 mesi (Coleman, et al., 2022; Hembree, et al., 2017).

Viceversa, il testosterone rappresenta la scelta principale per indurre la mascolinizzazione corporea nelle persone AFAB. In questo caso, i primi effetti si riflettono sull'umore e sull'aumento del desiderio sessuale. Nel corso dei primi 1-6 mesi, si osservano cambiamenti come l'ipertrofia del clitoride e l'atrofizzazione della vagina con riduzione della lubrificazione. La cessazione delle mestruazioni può variare in tempistiche (da 1 a 12 mesi) e talvolta richiedere interventi aggiuntivi come l'uso di progestinici, analoghi GnRH o dispositivi intrauterini. Inoltre, la voce diventa più profonda nei primi 1-6 mesi e potrebbe comparire l'acne nello stesso periodo. La crescita di barba e peli corporei avviene dai 6 ai

12 mesi. Infine, si verifica un aumento della massa muscolare e una redistribuzione del grasso corporeo in modo più maschile, anche questo entro i primi 6-12 mesi (Coleman, et al., 2022; Hembree, et al., 2017).

Qualora la persona transgender non si identifichi in termini binari, la terapia ormonale può essere individualizzata al fine di ottenere una parziale femminilizzazione o mascolinizzazione sia attraverso regimi ormonali più contenuti, sia con interventi chirurgici non accompagnati dall'assunzione di ormoni (Coleman, et al., 2022; Cocchetti et al., 2020).

In tutti i casi, per garantire la sicurezza e monitorare gli effetti della GAHT, è fondamentale condurre una valutazione globale della salute del paziente. Le società scientifiche raccomandano visite di controllo regolari, con una frequenza trimestrale nel primo anno di trattamento e successivamente ogni 6-12 mesi. L'obiettivo di queste visite è monitorare attentamente i cambiamenti fisici e gli equilibri ormonali del paziente, adattare la terapia in base ai progressi e individuare tempestivamente eventuali effetti collaterali. Questo approccio mira a garantire una gestione sicura ed efficace della GAHT (Coleman, et al., 2022; Fisher, et al., 2022; Hembree, et al., 2017).

Essendo l'incongruenza di genere una condizione che può avere esordio precoce, una manovra che può aiutare la popolazione in età evolutiva nel ridurre l'impatto psichico-disforico è rappresentata dal blocco farmacologico della pubertà. La Determina AIFA del 25 febbraio 2019 ha autorizzato l'utilizzo della triptorelina negli adolescenti con incongruenza di genere. Gli analoghi del GnRH, utilizzati per sospendere lo sviluppo puberale, hanno dimostrato un'efficacia consolidata nella popolazione pediatrica. Inoltre, sono disponibili dati sulla

sicurezza a lungo termine per i soggetti trattati con questi farmaci per la gestione della pubertà precoce (Carel et al., 2009).

Lo step successivo alla terapia ormonale è la rettifica anagrafica, ottenibile tramite la richiesta al proprio Tribunale di residenza, secondo le norme della legge n.164 del 14 aprile 1982 (“Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”). Come già anticipato, è necessario presentare la documentazione relativa alla diagnosi certificata di incongruenza di genere per dimostrare la irreversibile immedesimazione nel genere percepito. Inoltre, la sentenza 221/2015 della Corte Costituzionale ha stabilito che le persone transgender in Italia possono richiedere la rettificazione del loro nome e del genere anagrafico senza la necessità di sottoporsi a interventi farmacologici o chirurgici. È sufficiente che un Giudice riconosca che la persona interessata ha già esercitato in modo definitivo il proprio diritto all'identità di genere attraverso azioni come manifestare questa identità nella famiglia, nelle relazioni personali, sul posto di lavoro, nella partecipazione politica e sociale, tra le altre situazioni. Questa decisione giudiziaria ha rappresentato un passo importante verso il riconoscimento dei diritti delle persone transgender in Italia.

Ad ogni modo, qualora la persona lo desideri, dopo la rettifica anagrafica possono essere effettuati interventi chirurgici di affermazione di genere (*GAS, gender affirming surgery*). In suddette circostanze un ruolo fondamentale è rappresentato dall'équipe multidisciplinare, che ha la mansione di informare dettagliatamente la persona transgender relativamente alla tipologia di interventi chirurgici a cui si può sottoporre ed ai rischi annessi, inclusi quelli sulla fertilità. Tali rischi possono essere contenuti anche grazie alla terapia ormonale, che

secondo gli Standard di Cura Internazionali devono avere una durata di almeno 12 mesi (Coleman, et al., 2022).

I dati riportano un tasso elevato di ricorso alla GAS da parte delle persone transgender (superiore al 25%), in rapida crescita soprattutto negli ultimi anni (tra il 2016 e il 2017 vi è stato un aumento del 289% per le persone AFAB e del 41% per quelle AMAB) (Nolan, Kuhner, & Dy, 2019; Report, 2017).

Le tipologie di intervento erogabili sono la penectomia, la gonadectomia e la vaginoplastica per gli AMAB, mentre la mascolinizzazione del torace, l'istero-annessiectomia e la metoidioplastica o falloplastica rappresentano gli interventi a cui possono ricorrere le persone AFAB. Agli appena citati si possono aggiungere le cosiddette chirurgie “ancillari”, quali la femminilizzazione del volto, la tiroplastica ed il *body contouring*.

Nella tabella di seguito riportata sono riassunti i punti principali dell'iter procedurale per l'affermazione di genere.

01	Supporto Psicologico/Psichiatrico	Sostegno a persona e famiglia, identificazione eventuali disturbi, prime informazioni sui trattamenti Accertamento diagnosi Incongruenza di Genere
02	Valutazione ambulatoriale	Anamnesi accurata e prescrizione esami strumentali Informazioni sul percorso da intraprendere Definizione terapia farmacologica
03	Preservazione della fertilità	Crioconservazione di gameti maschili e ovociti: attività da considerare prima dell'inizio della terapia ormonale o dopo eventuale sospensione
04	Terapia farmacologica e follow-up	Somministrazione terapia ormale (GATH) personalizzata (AMAB o AFAB) Controlli periodici per valutazione efficacia terapia e eventuali effetti collaterali
05	Riattribuzione anagrafica	Rettifica di nome e sesso e/o autorizzazione ad esecuzione interventi chirurgici rilasciati da Tribunale in presenza di diagnosi di Incongruenza di Genere e di percorso diaffermazione di genere
06	Intervento chirurgico	Descrizione interventi disponibili, risultati attesi, loro irreversibilità, possibili rischi (inclusi effetti su fertilità). Esecuzione interventi di tipo demolitivo e ricostruttivo

Figura 2: Principali fasi del percorso clinico per l'affermazione di genere

3.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il presente studio si presta ad offrire un'analisi descrittiva delle persone al momento dell'ingresso nel Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere. L'obiettivo è rappresentato quindi dal tentativo di fornire una panoramica qualitativa sulle persone che intendono affrontare un percorso di affermazione di genere.

Inoltre, grazie ai dati ottenuti tramite il materiale testistico è stato possibile formulare due ipotesi di ricerca.

La prima ipotesi intende verificare la presenza o meno di problematiche internalizzanti (ansia e depressione) all'interno del campione, in virtù della letteratura esposta nei capitoli precedenti, che vede la popolazione transgender più sensibile a vissuti ansiosi e depressivi rispetto alla popolazione generale (Paz-Otero et al., 2021).

Sempre sulla scia dei costrutti presentati precedentemente, la seconda ipotesi intende valutare il *Gender Minority Stress* (Meyer, 2003), indagando la possibile correlazione tra stigma percepito e i sintomi psicopatologici derivanti da esso.

3.3 Materiali e metodi

3.3.2 Partecipanti

Lo studio è stato condotto presso l'Azienda-Ospedale Università di Padova, attingendo al database del Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere. Gli unici criteri di inclusione relativi al reclutamento sono stati l'intenzione del partecipante di affrontare un percorso di affermazione di genere e la presenza

del consenso informato concernente l'uso dei dati a fini di ricerca. Proprio per questo motivo, alcuni individui non sono stati inseriti all'interno del dataset; il campione finale ottenuto comprende n=16 unità, di cui n=3 AMAB e n=13 AFAB.

Nel corso dello studio sono sempre stati tutelati i dati sensibili di tutti i partecipanti per mantenere la privacy degli stessi.

3.3.3 Strumenti

Ai fini dell'analisi descrittiva sono state prese in causa n=7 variabili socio-demografiche, ottenute vagliando i referti clinici presso il reparto di Neuropsichiatria infantile:

- Età;
- Sesso assegnato alla nascita;
- Visite specialistiche pregresse (es. endocrinologo);
- Psicoterapia pregressa;
- Fratelli/Sorelle;
- Comorbidità psicopatologiche diagnosticate;
- Accettazione familiare.

Tali variabili, emerse dall'anamnesi dei primi colloqui psicologici, verranno dunque analizzate e confrontate con la letteratura di riferimento per rilevare eventuali similarità o devianze tra i due campioni.

Inoltre, il dataset ottenuto dalla raccolta dati è comprensivo anche di 3 *self-report* (SCL-90, DASS-21, GMSR), al fine di indagare il campione dal punto di vista clinico-sintomatologico.

Symptom-checklist-90 (SCL-90): la SCL-90 è un questionario self-report costituito da 90 item finalizzati ad indagare i sintomi psicologici in popolazioni cliniche e non. Il soggetto deve fornire una valutazione su scala Likert da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) dei sintomi indicati nel corso dell'ultima settimana. Il punteggio è calcolato facendo la media del punteggio relativo ad ogni scala; inoltre, è calcolato un punteggio globale (GSI *Global Score Index*) per offrire una panoramica macroscopica sulla situazione sintomatologica dell'individuo. Il tempo medio di somministrazione si aggira intorno ai 15-20 minuti.

Per scopi interpretativi i 90 item sono clusterizzati in 9 scale sintomatologiche primarie, quali Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Ipersensibilità Interpersonale (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia Fobica (PHOB), Ideazione Paranoide (PAR) e Psicoticismo (PSY). La configurazione multidimensionale della SCL-90 fornisce informazioni dettagliate sul disagio sintomatico in diverse aree. È importante considerare non solo il punteggio relativo a una singola dimensione, ma anche quelli di tutte le dimensioni misurate, poiché il significato di ciascun punteggio emerge soprattutto in relazione agli altri. Dopo aver individuato le aree problematiche, è essenziale condurre un'analisi qualitativa dei sintomi che contribuiscono in modo significativo al disagio in tali aree. Questo approccio consente di ottenere una comprensione più completa della sintomatologia complessiva del paziente (Derogatis, 2011).

Nel seguente studio verrà posta un'attenzione particolare ai punteggi ottenuti alle scale ANX e DEP per cogliere le problematiche internalizzanti e quindi, rispondere alla prima ipotesi di ricerca.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21): la Depression Anxiety Stress Scale è un questionario auto-somministrato che consente di indagare tre costrutti: depressione, ansia e stress. Quella utilizzata nel presente studio è una versione ridotta della scala originale (Lovibond & Lovibond, 1995), rispetto alla quale presenta un numero dimezzato di item. Quest'ultima è ampiamente utilizzata nel contesto clinico e di ricerca per valutare la gravità e il decorso sintomatologico per depressione, ansia e stress (Henry & Crawford , 2005).

La scala si basa sulla teoria del modello tripartito, sviluppata da Lovibond e Lovibond (1995), la quale suggerisce che oltre a un aspetto comune chiamato *negative effect* ci siano componenti specifiche per la depressione e l'ansia che permettono di distinguerle (difficilmente discernibili tramite il *self-report*). La depressione sembra essere principalmente caratterizzata da una carenza di "afetto positivo", mentre l'ansia è associata a una componente specifica di iperattivazione fisiologica. Per quanto riguarda lo stress invece, risulta associato a livelli di *arousal* non specifici (Lovibond & Lovibond, 1995).

Il partecipante deve dare una risposta su scala Likert che va da 0 ("Non si applica per niente a me") a 3 ("Si applica moltissimo o per la maggior parte del tempo a me"). I 21 item presenti nel test sono suddivisi in 3 sotto-scale (Depressione-Ansia-Stress), ciascuna delle quale ha un punteggio equivalente alle somme dei

punteggi ottenuti agli item moltiplicati per 2. Ogni scala ha un valore soglia tale per cui considerare il punteggio ottenuto clinicamente significativo.

Gender Minority Stress and Resilience (GMSR): la *Gender Minority Stress and Resilience* è un questionario auto-somministrato costituito da 58 item che valuta il *minority stress* e i fattori di resilienza in persone con incongruenza di genere. Essa è composta da nove sottoscale, 4 delle quali misurano gli stressori distali (Discriminazione, Rifiuto, Vittimizzazione e Non affermazione), 3 relative agli stressori prossimali (Transofobia internalizzata, Aspettative negative per eventi futuri e Chiusura nei confronti altrui) ed infine 2 fattori protettivi (Connessione con la comunità ed Orgoglio) (Testa et al. , 2015).

Per ogni item il partecipante deve dare un punteggio su scala Likert di 5 punti; per le scale concernenti gli stress distali il punteggio va da 0 (“Mai) a 4 (“Sì, nell’ultimo anno”), collocando perciò temporalmente gli stressori; nelle restanti scale il punteggio va da 0 (“Fortemente in disaccordo”) a 4 (“Fortemente in accordo”) (Testa et al. , 2015).

Nel seguente studio, la GMSR è stata utile per valutare il grado di affermazione “sociale” già raggiunto dall’individuo e per porre a confronto la dimensione del *Minority Stress* con problematiche di tipo internalizzante.

3.4 Analisi dei dati

Per l'analisi statistica dei dati ottenuti è stato utilizzato il software Jamovi (versione 2.3.28.0; <https://www.jamovi.org>).

Relativamente alle variabili socio-demografiche sono state sfruttate le statistiche descrittive per valutare le frequenze e le distribuzioni all'interno del campione.

Per rispondere ai quesiti di ricerca, invece, sono state costruite matrici correlazionali, fissando un p-value di 0.05 per vagliarne la significatività statistica.

3.5 Risultati

Il campione pilota del presente studio risulta essere composto per l'81.3% da soggetti AFAB e il restante 18.7% da soggetti AMAB. L'età media complessiva dei partecipanti è di 17.2 anni, con una deviazione standard pari a 3.37.

Per quanto concerne le visite specialistiche e la psicoterapia, più della metà dei partecipanti si sono affidati al consulto di un medico specialista e/o di uno psicologo/psicoterapeuta precedentemente all'arrivo presso il CRRIG (rispettivamente, 56.3% psicoterapia pregressa e 62.5% visite medico-specialistiche).

Relativamente ai potenziali fattori di rischio e protezione, quasi la totalità del campione ha dichiarato di sentirsi accettata dalla propria famiglia riguardo alla volontà di affrontare il percorso di affermazione di genere (81.3%); per quanto concerne le problematiche psicopatologiche, solo il 12.5% risulta avere una diagnosi psichiatrica pregressa.

Rispetto al materiale testistico, i punteggi più rilevanti relativi all'ingresso clinico si riscontrano a livello di sintomi internalizzanti. Nello specifico, i punteggi alle scale di ansia e depressione, sia nell'SCL-90 che nella DASS-21, risultano in media moderatamente significativi (non significatività clinica). Viceversa, nessun punteggio medio della GMSR emerge in termini di significatività clinica.

Di seguito, sono elencate le statistiche descrittive relative ai 3 questionari standardizzati somministrati ai partecipanti.

CUT-OFF	Statistiche descrittive	Sottoscale			
		Ansia	Depressione	Stress	TOT
	N	16	16	16	16
	Media	16,1	18,4	21,4	55,9
	Mediana	13	17	20	49
	Deviazione Standard	9,51	12,1	7,89	27,3
Normale		0-9	0-7	0-14	
Lieve		10-13	8-9	15-18	
Moderato		14-20	10-14	19-25	
Severo		21-27	15-19	26-33	
Estremamente severo		28+	20+	37+	

Figura 1: Statistiche descrittive e cut off relativi a DASS-21

CUT-OFF	Statistiche descrittive	Sottoscale										
		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	TOT	
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Media	0,768	1,13	1,12	1,27	1,2	0,667	0,653	0,917	0,662	0,993	
	Mediana	0,705	1,19	0,615	1,04	1,1	0,67	0,5	0,67	0,5	0,875	
	Deviazione standard	0,557	0,501	0,95	0,755	0,762	0,621	0,613	0,661	0,552	0,55	
Moderatamente significativo		1<n<2										
Clinicamente significativo		n>2										

Figura 2: Statistiche descrittive e cut-off relativi a SCL-90

CUT-OFF	Statistiche descrittive	Sottoscale									
		D	R	V	Na	It	P	Ne	Nd	C	
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	
	Media	-0,107	-0,35	0,316	-0,0162	0,281	-0,784	0,00938	0,374	-0,369	
	Mediana	-0,06	-0,315	0,01	0,355	0,28	0,755	0,07	0,4	-0,315	
	Deviazione Standard	0,83	0,904	1,08	1,03	0,928	0,736	0,883	0,967	0,963	
Moderatamente significativo		±1,7<n<±2									
Clinicamente significativo		n>2									

Figura 3: Statistiche descrittive e cut-off relativi a GMSR

Infine, relativamente alle matrici correlazionali, è emerso che:

- la scala Ipersensibilità Interpersonale della SCL-90 correla positivamente con le scale della GMSR quali Vittimizzazione (0.505 $p<.05$), Non affermazione (0.508 $p<.05$), Aspettative negative per il futuro (0.547

- $p < .05$), Transofobia internalizzata (0.619 $p < .05$) e negativamente con la scala Connessione con la comunità (-0.596 $p < .05$).
- la scala Depressione della SCL-90 correla positivamente con la scala Transofobia internalizzata della GMSR (0.506 $p < .05$).
 - la scala Ansia della SCL-90 correla positivamente con le scale Ipersensibilità interpersonale e Aspettative negative per il futuro della GMSR (0.591 $p < .05$).
 - la scala Ansia della DASS-21 correla positivamente con la scala Non affermazione (0.509 $p < .05$) e negativamente con la scala Orgoglio (-0.517 $p < .05$) della GMSR.
 - la scala Depressione della DASS-21 correla positivamente con le scale Aspettative negative per il futuro (0.534 $p < .05$) e Chiusura nei confronti altrui (0.524 $p < .05$) della GMSR.
 - la scala Stress della DASS-21 correla positivamente con la scala Discriminazione (0.638 $p < .01$) e negativamente con la scala Orgoglio (-0.529 $p < .05$) della GMSR).

<i>Matrice correlazione</i>	Ansia	Depressione	Stress
D	0,346	0,238	0,638
Na	0,509	0,44	0,465
P	-0,517	-0,481	-0,529
Ne	0,45	0,534	0,478
Nd	0,456	0,524	0,448

Figure 4: Matrice correlazionale DASS-21 - GMSR. In rosso: correlazioni significative $p < .05$. In arancione: correlazioni significative per $p < .01$

<i>Matrice correlazionale</i>	I-S	DEP	ANX
V	0,505	0,177	0,434
Na	0,508	0,265	0,407
It	0,619	0,506	0,591
Ne	0,547	0,341	0,591
C	-0,596	-0,364	-0,355

Figura 5: Matrice correlazionale SCL-90 – GMSR. In rosso: correlazioni significative per $p < .05$

3.6 Discussione

Dalla ricerca in questione emerge in primis la distribuzione disomogenea tra soggetti AFAB e AMAB: la percentuale dei primi, infatti, corrisponde all'81,3% del campione.

Come già anticipato nel primo capitolo, negli ultimi anni si sta assistendo ad un'inversione di tendenza nell'intraprendere percorsi di affermazione di genere che vede una preponderanza di individui AFAB rispetto agli AMAB. Sebbene la natura di tale sovra-rappresentazione non sia ancora chiara, Alessandra Lemma (2023) ipotizza che le cause possano essere in parte riconducibili alle discriminazioni cui sono vittime le ragazze di alcuni Paesi qualora si identifichino come lesbiche. Di conseguenza, alcune di queste possono ritenersi più sicure relativamente ad atti di misoginia se si identificano come maschi, a causa quindi di ciò che viene definita come "omofobia interiorizzata".

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, solo 2 soggetti all'interno del campione risultano avere una diagnosi pregressa. Ciò non esclude comunque la possibilità di rilevare problematiche psicopatologiche nel resto del campione, in quanto il solo primo ingresso in NPI non consente di fare diagnosi. Tuttavia, dalle

percentuali relative alla psicoterapia pregressa (56.3%) e alle visite medico-specialistiche (62.5%), si può inferire che buona parte dei partecipanti abbiano già richiesto un consulto specialistico precedentemente all'ingresso al CRRIG. Rimane dunque necessario porre un'attenta valutazione psicopatologica, sia a livello preventivo, visti gli alti tassi di comorbidità nella popolazione transgender (Paz-Otero et al., 2021; Frew, Watsford & Walker, 2021; Wittlin, Kuper & Olson, 2023), che a livello prognostico, per poter pianificare un progetto terapeutico che sia adatto alle condizioni dell'individuo.

Una percentuale che fa ben auspicare è quella relativa all'accettazione familiare (81.3%), considerando che il supporto da parte del nucleo familiare è indice di outcome positivi ed elevato benessere psicologico (Miscioscia et al., 2020).

Tuttavia, anche in questo caso, resta necessario approfondire l'eventuale presenza di conflitti e problematiche all'interno della famiglia. Ciò corrobora ancora l'esigenza di realizzare interventi inter-sistemici che possano esplorare sia le dinamiche intra-familiari che i vissuti relativi alla genitorialità.

Rispetto alla prima domanda di ricerca, gli esiti avallano gli studi già presenti in letteratura concernenti i disturbi internalizzanti nella popolazione transgender (Paz-Otero et al., 2021). I punteggi ottenuti dalla SCL-90 e dalla DASS-21, infatti, evidenziano come la sofferenza psichica dei partecipanti sia principalmente riferita a problematiche di tipo ansioso e depressivo. Tuttavia, dai test si evince che le sudette problematiche persistono ad un livello di gravità moderato, non sufficiente per avallare un'ipotetica diagnosi formale.

Sudetti risultati, dunque, non riscontrano la presenza di veri e propri disturbi all'interno del campione, quanto piuttosto la ricorrenza e la comunanza di nuclei tematici che fanno convergere le idiosincrasie di queste persone. Pertanto, l'équipe multidisciplinare può trarre dal primo screening NPI un aiuto per orientarsi all'interno dell'esperienza transgender, spesso connotata dalle problematiche sopra-citate.

Per quanto concerne la seconda ipotesi di ricerca, dall'analisi delle matrici correlazionali è stato possibile inferire l'associazione tra i sintomi internalizzanti e il *minority stress*. Invero, alcune scale della GMSR (Vittimizzazione, Transofobia internalizzata, Aspettative negative per il futuro, Non affermazione), correlano positivamente con un atteggiamento di chiusura nei confronti dell'esterno e con una compromissione generale del benessere psicologico di queste persone. Nello specifico, si può desumere come le correlazioni siano implicate vicendevolmente tra loro: gli stressori distali e prossimali, infatti, possono elicitare sintomatologie ansiose e/o depressive, che implicano di conseguenza maggior chiusura interpersonale e aspettative negative per il futuro (Meyer, 2007). Tali risultati sostengono l'ipotesi per cui, ancora oggi, parte della sofferenza psichica vissuta dalle persone transgender è determinata da un clima di non accettazione sociale che sfocia in atti più o meno manifesti di discriminazione, come esplicitato dal *Minority Stress Model* (Meyer, 2007). Da ciò deriva la necessità di implementare interventi che possano agire su più livelli, considerando la disforia di genere come una forma di sofferenza immersa in un contesto sociale che può trascendere i confini individuali.

Nello specifico, la correlazione più significativa ($p < .01$), risulta essere quella tra le sottoscale Stress della DASS-21 e Discriminazione della GMSR. Ciò dimostra quindi quanto ancora può essere fatto in termini di sensibilizzazione e inclusione nei confronti di persone transgender che, sebbene si stia assistendo ad un incremento generale di tolleranza sociale, ancora vivono potenziali problematiche elicitate da dinamiche discriminatorie.

Lo studio corrente presenta limiti significativi a partire dalla numerosità del campione che non consente di generalizzare i risultati.

Inoltre, le variabili che è stato possibile raccogliere e analizzare, consentono di addentrarsi nella complessità di queste persone in maniera superficiale; un'ipotesi per il futuro può essere l'implementazione del dataset con dati ed informazioni relative ai colloqui psicoterapeutici, così da ottenere un quadro descrittivo più approfondito.

In conclusione, al fine di valutare l'efficacia del servizio erogato dal CCRIG di recente avvio, potrebbe essere in futuro utile effettuare studi longitudinali che possano mettere in luce il decorso sintomatologico dei partecipanti lungo il percorso di affermazione di genere, così da poterne vagliare i punti di forza e i limiti, ai fini sia diagnostici che di presa in carico terapeutica.

3.7 Conclusioni

Nonostante le limitazioni presenti, il seguente studio ribadisce ed evidenzia l'importanza nel concepire la sofferenza della persona transgender come multi-stratificata. Dal corpo, all'identità, al riconoscimento, è fondamentale che l'equipe multi-disciplinare sappia accogliere questa complessa realtà mettendola in relazione con i vari contesti in cui la persona è inserita, visto l'importanza dei fattori sociali implicati in queste forme di sofferenza (come si evince anche dallo studio).

Ritengo inoltre sottolineare la necessità di incentivare, coltivare, il dialogo fra le varie discipline che possono portare valori aggiunti riguardo alla presa in carico di persone transgender. Come ha evidenziato Alessandra Lemma (2023), infatti, negli ultimi tempi si è potuto constatare come alcune cellule attiviste abbiano cercato (e cercano tutt'ora) di silenziare pensieri nel discorso scientifico a favore di posizioni politiche pressoché unilaterali. Citando le parole di Alessandra Lemma, "il silenzio non paga mai. Se la correttezza politica fornisce qualche correttivo, questo può essere solo superficiale. La regolamentazione del discorso rischia di atrofizzare il pensiero e consolidare il pregiudizio, piuttosto che smascherarlo. Cercare di comprendere le origine, il significato e la funzione di qualsiasi comportamento, pensiero o sentimento non è intrinsecamente un atto di violenza o di oppressione" (Lemma, 2023, p. 132). Pertanto, credo che sia

essenziale perseguire un'etica di lavoro che permetta la confluenza di più pensieri, più discipline, scevre da ogni pregiudizio, purché possano arricchire la letteratura riguardo alla tematica transgender e soprattutto, che abbiano come primaria finalità quella di incrementare il benessere di queste persone e di tutta la comunità.

Bibliografia

- Aitken, M., Steensma, T., Blanchard, R., VanderLaan, D., Wood, H., Fuentes, A., & Zucker, K. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine, 12*(3), 756-763.
- Akgül, G., Ayaz, A., Yildirim, B., & Fis, N. (2018). Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 619-626.
- Altinay, M., & Anand, A. (2020). Neuroimaging gender dysphoria: a novel psychobiological model. *Brain imaging and behavior, 14*(4), 1281-1297.
- Altinay, M., & Anand, A. (2020). Neuroimaging gender dysphoria: a novel psychobiological model. *Brain imaging and behavior, 14*(4), 1281-1297.
- Ansara, Y., & Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality, 3*(2), 137-160.
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arcelus, J., Bouman, W., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Psychiatry Research, 30*(6), 807-815.
- Argentieri, S. (2006). Travestitismo, transessualismo, transgender: identificazione e imitazione. *Psicanalisi, 2*.
- Bao, A., & Swaab, D. (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in neuroendocrinology, 32*(2), 214-226.

- Bateson, G., Bateson, M., & Longo, G. (2002). *Dove gli angeli esitano: verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- Becerra-Culqui, T., Liu, Y., & Nash, R. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, *141*.
- Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M., Cuchí-Alfaro, M., García-Camba, E., & Aguilar-Vilas, M. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of sexual behaviour*, *46*, 1307-1312.
- Benjamin, J. (1998). *Shadow of Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Bion, W. (1967). *Second Thoughts*. London: Heinemann.
- Bollas, C., & Molino, D. (1989). *L'ombra dell'oggetto: psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma : Borla.
- Brisson, L. (1976). Le mythe de Tirésias. Essai d'analyse structurale. *Brill*, 11-28.
- Burgio, G. (2019). Guardare l'indicibile: Il tema dell'androginia tra Tiresia e Dioniso. *Anais de filosofia classica*, *13*(26), 105-141.
- Caldarera, A., & Pfäfflin, F. (2011). Transsexualism and sex reassignment surgery in Italy. *International Journal of Transgenderism*, *13*(1), 26-36.
- Callender, C., Kochems, L., Bleibtreu-Ehrenberg, G., Broch, H., Brown, J., Datan, N., & Strathern, A. (1983). The North American berdache. *Current Anthropology*, *24*(4), 443-470.
- Carel, J., Eugster, E., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, *123*(4), 752-762.
- Case, L., Brang, D., Landazuri, R., Viswanathan, P., & Ramachandran, V. (2017). Altered white matter and sensory response to bodily sensation in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, *46*, 1223-1237.
- Chen, R., Zhu, X., Wright, L., Drescher, J., Gao, Y., Wu, L., & Broome, M. (2019). Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: national population study. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 1126-1134.

- Chiniara, L., Bonifacio, H., & Palmert, M. (2018). Characteristics of adolescents referred to a gender clinic: are youth seen now different from those in initial reports? *Hormone research in paediatrics, 89*(6), 434-441.
- Chinland, C. (2000). The Psychoanalyst and the Transexual Patient. *International Journal of Psychoanalysis, 81*(1), 21-35.
- Chinland, C. (2003). *Transgenderism, Illusion and Reality*. Middletown. Wesleyan University Press.
- Chodzen, G., Hidalgo, M., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescents Health, 64*(4), 467-471.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of clinical medicine, 9*(6), 1609.
- Coleman, E., Radix, A., Bouman, W., Brown, G., De Vries, A., Deutsch, M., & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*.
- Collin, L., Reisner, S., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: a systematic review. *The journal of sexual medicine, 13*(4), 613-626.
- Cooper, K., Mandy, W., Butler, C., & Russell, A. (2021). The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: An interpretative phenomenological analysis. *Autism. Advance online publication*.
- Crapanzano, A., Carpiello, B., & Pinna, F. (2021). Approaches to people with gender dysphoria: from the Italian psychiatric model to the emergent model based on informed consent. *Rivista di psichiatria, 56*(2), 120-128.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma (4th ed.). In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The handbook of social psychology* (Vols. 1-2, pp. 504-533). New York: McGraw-Hill.
- Cusack, C., & Galupo, M. (2021). Body checking behaviors and eating disorder pathology among nonbinary individuals with androgynous appearance ideals.

- Eating and Weight Disorders Study on Anorexia, Bulimia and Obeisty*, 26, 1915-1925.
- D'Augelli, A., Grossman, A., & Starks, M. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1462-1482.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Day, J., Fish, J., & Perez-Brumer, A. (2017). Transgender youth substance use disparities: Results from a population-based sample. *Journal of Adolescents Health*, 61, 729-735.
- de Graaf, N., Steensma, T., Carmichael, P., VanderLaan, D., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P., & Zucker, K. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-17.
- De Pedro, K., Gilreath, T., & Jackson, C. (2017). Substance use among transgender students in California public middle and high schools. *J School Helth*, 61, 729-736.
- de Vries, J., Byrne, M., & Kehoe, E. (2015). Cognitive dissonance induction in everyday life: an fMRI study. *Social Neuroscience*, 10(3), 268-281.
- Defreyne, J., Motmns, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare Costs and Quality of Life Outcomes Following Gender Affirming Surgery in Trans Men: A Review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcome Research*, 17.
- Denig, E. (1961). *Five Indian Tribes of the Upper Missouri: Sioux, Arickaras, Assiniboines, Crees, Crows*. University of Oklahoma Press.
- Derogatis, L. (2011). *Manuale di somministrazione e scoring. Adattamento italiano di SCL-90-R*. (I. Sarno, E. Preti, A. Prunas, & F. Madeddu, Eds.) Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Devereux, G. (1937). Institutionalized homosexuality of the Mohave Indians. *Human Biology*, 9, 498-527.
- Devinsky, O., Feldmann, E., Burrowes, K., & Bromfield, E. (1989). Autoscopy phenomena with seizures. *Archives of neurology*, 46(10), 1080-1088.

- Di Grazia, M., Sammartano, F., Taverna, C., Knowles, A., Trombetta, C., & Barbone, F. (2021). Epidemiologic considerations on gender incongruence in adults, adolescents and children and mental health issues: A review of the literature. *Sexologies, 30*(1), e61-e75.
- Diamond, L. (2013). Sexual-minority, gender-nonconforming, and transgender youths. Handbook of child and adolescent sexuality. *Developmental and forensic psychology, 275-300*.
- Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry, 27*(5), 386-395.
- Durwood, L., MchLaughlin, K., & Olson, K. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56*, 116-123.
- Eickhoff, S., Walters, N., Schleicher, A., Kril, J., Egan, G., Zilles, K., & Amunts, K. (2005). High-resolution MRI reflects myeloarchitecture and cytoarchitecture of human cerebral cortex. *Human brain mapping, 24*(3), 206-215.
- Faranda, L. (2018). *Anime assenti: sul corpo femminile nel Mediterraneo antico*. Roma: Armando Editore.
- Feder, S., Isserlin, L., Seale, E., Hammond, N., & Norris, M. (2017). Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eating Disorders, 25*(4), 310-317.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston: Row.
- Feusner, J., Lidström, A., Moody, T., Dhejne, C., Bookheimer, S., & Savic, I. (2017). Intrinsic network connectivity and own body perception in gender dysphoria. *Brain imaging and behavior, 11*, 946-976.
- Feusner, J., Lindström, A., Moody, T., Dhejne, C., Bookheimer, S., & Savic, I. (2017). Intrinsic network connectivity and own body perception in gender dysphoria. *Brain imaging and behavior, 11*, 946-976.

- Fisher, A., Ristori, J., Castellini, G., Cocchetti, C., Cassioli, E., Orsolini, S., & Gavazzi, G. (2020). Neural correlates of gender face perception in transgender people. *Journal of Clinical Medicine, 9*(6), 1731.
- Fisher, A., Senofonte, G., Cocchetti, C., Guercio, G., Lingardi, V., Meriggiola, M., & Lombardo, F. (2022). SIGIS–SIAMS–SIE position statement of gender affirming hormonal treatment in transgender and non-binary people. *Journal of Endocrinological Investigation, 1-17*.
- Fitzpatrick, K., Euton, S., Jones, J., & Schmidt, N. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of affective disorders, 87*(1), 35-42.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalisation and the Development of The Self*. New York: Other Press.
- Fontanari, A., Pase, P., Churchill, S., Soll, B., Schwartz, K., Schneider, M., & Lobato, M. (2019). Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. *Addictive Behaviour Reports, 9*, 100-166.
- Freud, S. (1923). *L'io e l'Es*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frew, T., Watsford, C., & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: a systematic review. *Australian Journal of Psychology, 73*(3), 255-271.
- Frew, T., Watsford, C., & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: a systematic review. *Australian Journal of Psychology, 73*(3), 255-271.
- Fulton, R., & Anderson, S. (1992). The Amerindian "man-woman": gender, liminality, and cultural continuity. *Current Anthropology, 33*(5), 603-610.
- Fusillo, M. (2006). *Il dio ibrido. Dioniso e le "Baccanti" nel Novecento*. Bologna: Il Mulino.
- Geilhufe, B., Tripp, O., Silverstein, S., Birchfield, L., & Raimondo, M. (2021). Gender-affirmative eating disorder care: clinical considerations for transgender and gender expansive children and youth. *Pediatric Annals, 50*(9), 371-378.
- Gherovici, P. (2017). Depathologizing trans: From symptom to sinthome. *Transgender Studies Quarterly, 4*(3-4), 534-555.

- Gherovici, P. (2017). *Transgender Psychoanalysis: A Lacanian Perspective on Sexual Difference*. London: Routledge.
- Gibson, D., Glazier, J., & Olson, K. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Psychiatry*, 4(4).
- Green, R. (1969). Attitudes toward transsexualism and sex-reassignment procedures. In R. Green, & J. Money, *Transsexualism and Sex Reassignment* (pp. 235-251). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hakeem, A. (2018). *Trans: Exploring Gender Identity and Gender Dysphoria*. Newark: Trigger Press.
- Hatzenbuehler, M., & Pachankis, J. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bi-sexual, and transgender Youth. Research evidence and clinical implications. *Pediatrics Clinics of North America*, 63, 985-997.
- Hembree, W., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L., Hannema, S., Meyer, W., Murad, M., & T'Sjoen, 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.
- Henry, J., & Crawford, J. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Hill, D. (2003). Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A Framework for Interpreting Anti-Transgender Violence. In B. Wallace, & R. Carter, *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach* (pp. 113-137). California: SAGE Publications.
- Hill, D., & Willoughby, B. (2005). The development and validation of transphobia scale. *Sex Roles*, 53(7/8), 531-544.
- Hill, J., & Lynch, M. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. In J. Brooks-Gunn, & A. Peterson, *Female Puberty* (pp. 201-228). New York: Plenum.

- Hirschfeld, M.; (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Huttenlocher, P. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia*, 28(6), 517-527.
- Jones , B., Haycrafty , E., Murjan , S., & Arcelus , J. (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 81-94.
- Jorgensen, C. (1967). *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. New York: Ericksson.
- Joy , P., White , M., & Jones , S. (2022). Exploring the influence of gender dysphoria in eating disorders among gender diverse individuals. *Nutrition and Dietetics*, 79(3), 390-399.
- Kaufman, T., Baams, L., & Dubas , J. (2017). Microaggressions and depressive symptoms in sexual minority youth: The roles of rumination and social support. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*.
- Knickmeyer, R., & Baron-Cohen, S. (2006). Topical review: fetal testosterone and sex differences in typical social development and in autism. *Journal of Child Neurology*, 21(10), 825-845.
- Kranz, G., Hahn, A., Kaufmann, U., Küblböck, M., Hummer, A., Ganger, S., & Lanzenberger, R. (2014). White matter microstructure in transsexuals and controls investigated by diffusion tensor imaging. *Journal of neuroscience*, 34(46), 15466-15475.
- Kreukels, B., & Guillamon, A. (2016). Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *International review of psychiatry*, 28(1), 120-128.
- Kristensen, Z., & Broome , M. (2015). Autistic traits in an internet sample of gender variant UK adults. *International Journal of Transgenderism*, 16(4), 234-245.
- Krugger, F., Wiggins, C., von Cramon, D., Brückner, M., & Arendt, T. (2001). Analyzing the neocortical fine-structure. *Information Processing in Medical Imaging: 17th International Conference* (pp. 239-245). Berlin: Springer Berlin Heidelberg.

- LaCarbonara, A. (1998). Identità mutanti: analisi delle metamorfosi di genere. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica*, 1, 95-129.
- Lai, H., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
- Lang, S. (1998). *Men as Women, Women as Men: Changing Gender in Native American Cultures*. University of Texas Press.
- Lebel, C., Walker, L., Leemans, A., Phillips, L., & Beaulieu, C. (2008). Microstructural maturation of the human brain from childhood to adulthood. *Neuroimage*, 40(3), 1044-1055.
- Lemma, A. (2023). *Le identità transgender: un'introduzione contemporanea*. Milano: Franco Angeli.
- Liao, K., Kashubeck-West, S., Weng, C., & Deitz, C. (n.d.). Testing a mediation framework for the link between perceived discrimination and psychological distress among sexual minority individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 226-241.
- Limentani, A. (1979). The significance of Transsexualism in Relation to Some Basic Psychoanalytic Concepts. *International Review of Psychoanalysis*, 6, 139-153.
- Lindgren, T., & Pauly, I. (1975). A body image scale for evaluating transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 4, 639-656.
- Lombardi, E., Wilchins, R., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender Violence. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101.
- Lorax, N., Guidobaldi, M., & Botteri, P. (1991). *Il femminile e l'uomo greco*. Roma: Laterza.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.

- Luders, E., Narr, K., Zaidel, E., Thompson, P., & Toga, A. (2006). Gender effects on callosal thickness in scaled and unscaled space. *Neuroreport*, *17*(11), 1103-1106.
- Luders, E., Sánchez, F., Gaser, C., Toga, A., Narr, K., Hamilton, L., & Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*, *46*(4), 904-907.
- Lv, B., Li, J., He, H., Li, M., Zhao, M., Ai, L., & Wang, Z. (2010). Gender consistency and difference in healthy adults revealed by cortical thickness. *Neuroimage*, *53*(2), 373-382.
- Mahfouda, S., Panos, C., Whitehouse, A., Thomas, C., Maybery, M., Strauss, P., & Lin, A. (2019). Mental health correlates of autism spectrum disorder in gender diverse young people: Evidence from a specialised child and adolescent gender clinic in Australia. *Journal of Clinical Medicine*, *8*(10), 1503.
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, *56*, 393-421.
- Manzouri, A., & Savic, I. (2018). Possible neurobiological underpinnings of homosexuality and gender dysphoria. *Cerebral Cortex*.
- Manzouri, A., & Savic, I. (2019). Possible neurobiological underpinnings of homosexuality and gender dysphoria. *Cerebral Cortex*, *29*(5), 2084-2101.
- Mays, V., Cochran, S., & Barnes, N. (n.d.). Race, race-based discrimination, and health outcomes among African Americans. *Annual Review of Psychology*, *58*, 201-225.
- Meier, S., & Labuski, C. (2013). The demographics of the transgender population. *International Handbook on the demography of sexuality*, 289-327.
- Mendoza-Denton, R., Downey, G., Purdie, V., Davis, A., & Pietrzak, J. (2002). Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674-697.

- Meyer, I. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressor. In I. Meyer, & M. Northridge, *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (pp. 242-267). New York: Springer .
- Milano , W., Ambrosio , P., Carizzone , F., De Biasio , V., Foggia , G., & Capasso , A. (2020). Gender dysphoria, eating disorders and body image: an overview. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets*, 20(4), 518-524.
- Millot, C. (1990). *Horsexe*. New York: Autonmedia.
- Nahata, L., Quinn, G., Caltabellotta, N., & Tishelman , A. (2017). Mental health concerns and insurance denials among transgender adolescents. *LGBT Health*, 4(3), 188-193.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of color. *AIDS Care*, 16, 724-735.
- Newman, L. (2002). Sex, gender and culture: Issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7(3), 352-359.
- Nolan, I., Kuhner, C., & Dy, G. (2019). Demographic and temporal trends in transgender identities and gender confirming surgery. *Translational andrology and urology*, 8(3), 184.
- Northoff, G., & Panksepp, J. (2008). The trans-species concept of self and the subcortical–cortical midline system. *Trends in cognitive sciences*, 12(7), 259-264.
- Nucifora, P., Verma, R., Lee, S., & Melhem, E. (2007). Diffusion-tensor MR imaging and tractography: exploring brain microstructure and connectivity. *Radiology*, 245(2), 367-384.
- Oakley, A. (2015). *Sex, gender and society*. Ashgate Publishing Ltd.
- Ogden, T. (1999). *Il limite primigenio dell'esperienza*. Roma : Astrolabio.

- Øien, R., Cicchetti, D., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 4028-4837.
- Okabe, N., Sato, T., Matsumoto, Y., Ido, Y., Terada, S., & Kuroda, S. (2008). Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research, 157*(1-3), 315-318.
- Olson, K., Durwood, L., & DeMeules, M. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics, 137*.
- Oppenheimer, A. (1991). The wish for a Sex Change: A Challenge to Psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis, 72*, 221-231.
- Paz-Otero, M., Becerra-Fernández, A., Pérez-López, G., & Ly-Pen, D. (2021). A 2020 review of mental health comorbidity in gender dysphoric and gender non-conforming people. *J Psychiatry Treat Res, 3*(1), 44-55.
- Perelberg, R. (1999). The Interplay Between Identification and Identity in the Analysis of a Violent Young Man: Issues of Technique. *International Journal of Psychoanalysis, 80*(1), 31-45.
- Peterson, C., Matthews, A., & Copps-Smith, E. (2017). Suicid- ality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adoles- cents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide Life Threat Behaviour, 47*, 475-482.
- Piccone Stella, S., & Saraceno, C. (1996). *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*. Bologna: Il Mulino.
- Quinodoz, D. (1998). A Fe/Male Transsexual Patient in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 79*, 95-111.
- Quinodoz, D. (2002). Termination of a Fe/Male Transsexual Patient's Anlysis: An Example of General Validity. *International Journal of Psychoanalysis, 83*, 783-798.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011).). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of psychiatric research, 45*(2), 199-204.

- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarrre-Elorza, L., Segovia, S., & Guillamon, A. (2011). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of psychiatric research, 45*(7), 949-954.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of psychiatric research, 45*(2), 199-204.
- Raznahan, A., Lee, Y., Stidd, R., Long, R., Greenstein, D., Clasen, L., & Giedd, J. (2010). Longitudinally mapping the influence of sex and androgen signaling on the dynamics of human cortical maturation in adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 107*(39), 16988-16993.
- Reisner, S., Biello, K., & Hughto, J. (2016). Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender women: baseline findings from project life skills. *JAMA Pediatrics, 170*, 481-486.
- Reisner, S., Leclerc, M., & Veters, R. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a Matched retrospective cohort study. *J Adolescent Health, 56*, 274-279.
- Report, P. S. (2017). 2018 Plastic Surgery Statistics Report. *Plastic Surgery, 25*.
- Rijkema, M., Everaerd, D., van der Pol, C., Franke, B., Tendolkar, I., & Fernández, G. (2012). Normal sexual dimorphism in the human basal ganglia. *Human brain mapping, 33*(5), 1246-1252.
- Ristori, J., Cocchetti, C., Romani, A., Mazzoli, F., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. (2020). Brain sex differences related to gender identity development: genes or hormones? *International Journal of Molecular Sciences, 21*(6), 2123.
- Roscoe, W. (1992). *The Zuni Man-Woman*. University of Mexico Press.
- Rubin, G. (1975). *The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex*. New York: Monthly Review Press.

- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, *123*, 346-352.
- Salomon, R., Levy, D., & Malach, R. (2014). Deconstructing the default: cortical subdivision of the default mode/intrinsic system during self-related processing. *Human Brain Mapping*, *35*(4), 1491-1502.
- Scandurra, C. (2015). Violenze, stigma e discriminazioni verso la non conformità di genere. Quale effetto sulla salute mentale? In P. Valerio, C. Scandurra, & A. Amodio, *Appunti sul genere. Riflessioni sulle linee-guida di intervento psicologico e dintorni*. (pp. 59-69). Edizioni Ordine Psicologi della Campania.
- Shai, D., & Fonagy, P. (2013). Beyond Words: Parental Embodied Mentalizing and The Parent – Infant Dance. *Nature and Formation of Social Connections: From Brain to Group*, IDC, Herzilya.
- Silverman, S. (2015). "The Colonized Mind: Gender, Trauma and Mentalization". Psychoanalytic Dialogues. *The international Journal of Relational Perspectives*, *25*(1), 51-66.
- Smith, A. (2015). *Conquest: sexual violence and American Indian genocide*. Duke University Press.
- Socarides, C. (1970). A Psychoanalytic Study of the Desire for Sexual Transformation (Transsexualism): The Plaster of Paris Man. *International Journal of Psychoanalysis*, *51*, 341-349.
- Sorbara, J., Chiniara, L., Thompson, S., & Palmet, M. (2020). Mental health and timing of gender-affirming care. *Pediatrics*, *146*(4).
- Sowell, E., Peterson, B., Kan, E., Woods, R., Yoshii, J., Bansal, R., & Toga, A. (2007). Sex differences in cortical thickness mapped in 176 healthy individuals between 7 and 87 years of age. *Cerebral cortex*, *17*(7), 1550-1560.
- Steensma, T., Biemond, R., DeBoer, F., & Cohen-Kettenis, P. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, *16*(4), 499-516.
- Suchet, M. (2011). Crossing Over. *Psychoanalytic Dialogues*, *21*(172-191).

- Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*, 1147-1161.
- Sweileh, W. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900–2017). *BMC international health and human rights, 18*, 1-11.
- Szymanski, D., Dunn, T., & Ikizler, A. (2014). Multiple minority stressors and psychological distress among sexual minority women: The roles of rumination and maladaptive coping. *Psychology of sexual orientation and gender diversity, 1*, 412-421.
- Testa, R., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*, 65-77.
- Thorne, N., Witcomb, G., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 241-250.
- Timmins, L., Rimes, K., & Rahaman, Q. (2020). Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of Sexual Behaviours, 49*, 661-680.
- Turco, B. (2017). La satī: operatrice del sacro e spirito tutelare. In S. Botta, & M. Ferrara, *Corpi sciamanici: La nozione di persona nello studio dello sciamanesimo*. Roma: Edizioni Nuova Cultura.
- Valditara, L. (1994). *Lo sguardo nel buio. Metafore visive e forme grecoantiche della razionalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Valerio, P., Marcasciano, P., & Scandurra, P. (2016). Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: tra invisibilità, stigma e risorse. *Rivista di Sessuologia, 2*(40), 23-38.
- Veale, J. (2008). Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(10), 887-889.

- Vesce, M. (2016). Fa'afafine. Genere, corpo, persona in Samoa. *L'uomo Società Tradizione Sviluppo*, 41(2), 105-122.
- Vocks, S., Busch, M., Schultr, D., Grönermeyer, D., Herpertz, S., & Suchan, B. (2010). Effects of body image therapy on the activation of the extrastriate body area in anorexia nervosa: an fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 183(2), 114-118.
- Vujovic, S., Popovic, S., Sbutega-Milosevic, G., Djordjevic, M., & Gooren, L. (2009). Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *The journal of sexual medicine*, 6(4), 1018-1023.
- Westerhausen, R., Walter, C., Kreuder, F., Wittling, R., Schweiger, E., & Wittling, W. (2003). The influence of handedness and gender on the microstructure of the human corpus callosum: a diffusion-tensor magnetic resonance imaging study. *Neuroscience letters*, 351(2), 99-102.
- WHO. (1965). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (8th revision)*. Ginevra.
- WHO. (1990). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Ginevra.
- Wiepjes, C., den Heijer, M., Bremmer, M., Nota, N., de Block, C., Coumou, B., & Steensma, T. (2020). Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(6), 486-491.
- Wilson, P., Carr, S., & Sharp, S. (1999). The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *British Journal of General Practice*, 49(449), 991-992.
- Winkler, A., Kochunov, P., Blangero, J., Almasy, L., Zilles, K., Fox, P., & Glahn, D. (2010). Cortical thickness or grey matter volume? The importance of selecting the phenotype for imaging genetics studies. *Neuroimage*, 53(3), 1135-1146.
- Winnicott, D. (1966). "Psycho-Somatic Illness in Its Positive and Negative Aspects". *The International Journal of Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 510-516.

- Winnicott, D. (1970). On the Basis for Self in Body. In D. Winnicott, C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis, *Psycho-Analytic Explorations* (pp. 261-283). London: Karnac.
- Wittlin, N., Kuper , L., & Olson , K. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual Review of Clinical Psychology, 19*, 207-232.
- Wittlin, N., Kuper , L., & Olson, K. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual Review of Clinical Psychology, 19*, 207-232.
- Yokota, Y., Kawamura, Y., & Kameya, Y. (2006). Callosal shapes at the midsagittal plane: MRI differences of normal males, normal females, and GID. *IEEE engineering in Medicine and Biology 27th Annual Conference* (pp. 3055-3058). IEEE.
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical thickness in untreated transsexuals. *Cerebral cortex, 23*(12), 2855-2862.