



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

Elaborato finale

**INCONGRUENZA E DISFORIA DI GENERE:
UN'ANALISI NEUROBIOLOGICA E SOCIALE DEL
FENOMENO**

*Gender incongruence and dysphoria: a neurobiological and
social analysis of the phenomenon*

Relatrice

Prof.ssa Chiara Spironelli

Laureanda: Fabia Pirra

Matricola: 2011023

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1	
Definizioni, storia e diagnosi di incongruenza e disforia di genere	7
1.1 Definizione dei termini “incongruenza” e “disforia di genere”	7
1.2 Le prime evidenze storiche tra “travestitismo” e varie contraddizioni	7
1.3 Un recente cambio di prospettiva e di terminologia: dalla “transessualità” al “transgenderismo”	8
1.4 L’iter diagnostico classico, con riferimento all’operato del CRRIG di Padova	9
CAPITOLO 2	
Le basi neurali della disforia di genere	13
2.1 Breve resoconto sui protocolli e la metodologia di ricerca nell’ambito della disforia di genere	13
2.1.1. <i>I questionari</i>	13
2.1.2 <i>Gli studi fisiologici e comportamentali</i>	14
2.2 I <i>network</i> neurali generali alla base di incongruenza e disforia di genere	15
2.2.1 <i>Fattori genetici</i>	15
2.2.2 <i>Influenze ormonali</i>	16
2.2.3 <i>Differenze strutturali nel cervello</i>	19
2.3 La psicobiologia di alcuni fenomeni comportamentali in individui transgender: il caso della percezione del proprio corpo	22
2.4 La disforia di genere in relazione ad altre psicopatologie: i disturbi psicotici	24
CAPITOLO 3	
La disforia di genere come fenomeno sociale	27
3.1 Fattori eziologici di carattere psicosociale	27
3.2 Vivere come individui transgender l’ambiente familiare	28
3.3 Vivere come individui transgender l’ambiente scolastico	30
3.4 Vivere come individui transgender l’esperienza terapeutica	33
3.5 Vivere come individui transgender l’ambiente giudiziario	37
CONCLUSIONE	41
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di affrontare le varie sfumature di un fenomeno tanto antico quanto ancora incompreso che è comunemente chiamato, seppur impropriamente, “transessualità”. Adoperando termini analoghi, ma più opportuni, il tema principale di questa tesi è il “transgenderismo”, anche detto “incongruenza di genere” oppure “disforia di genere”, nel caso in cui il fenomeno assuma tratti psicopatologici e particolarmente disagianti per l’individuo che ne soffre.

La scelta di questo argomento è nata da un forte interesse per il fenomeno in questione, oltretutto sempre più attuale, ed è stata alimentata grazie al tirocinio pre-lauream effettuato presso la struttura dell’UOC Andrologia e Medicina della Riproduzione dell’Azienda Ospedaliera di Padova. In tale occasione, è stato possibile assistere alle visite mediche nell’ambulatorio dedicato alla disforia di genere, affiancando il Prof. Andrea Garolla ed entrando così a contatto diretto con giovani affetti dal disturbo, e desiderosi di intraprendere la terapia ormonale di riassegnazione di genere.

Grazie alle informazioni raccolte durante il periodo di *stage* e a un’attenta analisi della letteratura scientifica, ha preso forma questo trattato che si articola in un primo capitolo introduttivo, in cui ci si propone di definire la natura, il *background* storico e l’iter diagnostico della disforia di genere. Il fulcro della tesi consiste, da un lato, nell’analisi delle basi neurali dell’incongruenza di genere, previo accenno alla metodologia comunemente usata dai ricercatori. Nel secondo capitolo, oltre a strutture cerebrali, geni e ormoni coinvolti nel fenomeno, si accenna anche ai *network* implicati nella percezione del proprio corpo in individui transgender, e alla possibile relazione tra disforia di genere e altre psicopatologie, con uno specifico riferimento ai disturbi psicotici. Dall’altro lato, poi, nel terzo capitolo, si analizza l’incongruenza di genere in termini sociali. In particolare, si cercherà di capire come la famiglia, la scuola e la terapia, ovvero tre ambienti determinanti per il processo di affermazione di genere, influiscano positivamente e negativamente sugli individui *transgender* e *non-binary*. Si approfondirà, poi, il tema della discriminazione subita quotidianamente dagli individui transgender nel contesto sociale, con l’esempio chiarificatore dell’ambito giudiziario.

La conclusione, infine, aprirà la discussione sul tema con uno sguardo propositivo verso il futuro, nella speranza che, sia in ambito medico-scientifico che sul piano sociale, ci possa essere sempre più supporto e inclusione per tutta la comunità LGBTQ+.

CAPITOLO 1

Definizioni, storia e diagnosi di incongruenza e disforia di genere

1.1 Definizione dei termini “incongruenza” e “disforia di genere”

Prima di iniziare l'analisi neurobiologica e sociale di cui si occuperà questo elaborato, è bene definire con precisione la natura dei costrutti che ci accingiamo a trattare. Innanzitutto, è opportuno constatare che i fenomeni dell'incongruenza e della disforia di genere, per quanto legati, sono comunque in parte distinti.

Con “incongruenza di genere” (GI) si intende una discrepanza marcata e persistente tra il sesso biologico, che si riferisce agli organi riproduttivi, e l'identità di genere, la quale fu definita da John Money (1994) come ciò che una persona dice o fa che indichi il suo status di uomo o donna, ovvero l'identificazione psicologica di un individuo come maschio o femmina (Atkinson & Russell, 2015; Fisher et al., 2020; Pfäfflin, 2014; Smith et al., 2015). Nel caso in cui questo disallineamento causi nell'individuo un disagio clinicamente significativo e una compromissione delle aree di funzionamento fondamentali per la vita sociale e lavorativa, allora si può parlare di “disforia di genere” (GD) (American Psychiatric Association, 2013; Fisher et al., 2020).

1.2 Le prime evidenze storiche tra “travestitismo” e varie contraddizioni

Quello dell'incongruenza di genere è un fenomeno sicuramente antico e, plausibilmente, come ogni altra questione sociale e psicologica, risale, con ogni probabilità, ai primi uomini. Il problema di queste questioni sociali, ivi compresa la transessualità, è che, forse a causa della loro natura “deviante” dalla normalità, sono finite per essere accantonate, nascoste dallo sguardo pubblico, motivo per cui se ne hanno ben poche testimonianze storico-culturali, e gli storici fanno, dunque, fatica a ricostruirne l'evoluzione nel corso dei secoli.

Le prime evidenze storiche riguardanti individui manifestanti questo tipo di condizione risalgono al XVII-XVIII secolo. L'abate di Choisy e il Cavaliere d'Eon costituiscono i primi esempi di individui transgender documentati nel corso della storia, sebbene, con buona probabilità, non fossero davvero transessuali, soprattutto se ci si rifà all'accezione odierna del termine (Bullough, 1975).

C'è, infatti, da tenere ben presente che per casi così remoti nel tempo, e così poco documentati, è difficile distinguere tra transessualità e “travestitismo”, ovvero la pratica

per cui si indossano abiti e si adottano atteggiamenti del sesso opposto (*travestitismo in Vocabolario - Treccani*, <https://www.treccani.it/vocabolario/travestitismo/>). Oltre a ciò, le pressoché uniche fonti di informazione relative a individui auspicabilmente transessuali sono i giornali e la letteratura popolare; eppure, solo chi veniva casualmente scoperto finiva effettivamente negli articoli giornalistici. Nonostante ciò, però, possiamo affermare con sufficiente certezza che, in realtà, la transessualità era molto più comune nel passato di quanto la letteratura medica possa indicare. Infine, un altro problema che è stato evidenziato nel corso delle varie analisi storiche è che sono molti di più i riferimenti giornalistici e letterari a individui *FtM* (*Female to Male*, ovvero uomini transessuali) piuttosto che quelli a individui *MtF* (*Male to Female*, ovvero donne transessuali). Questa sproporzione in quantità di informazioni sembrerebbe trovare spiegazione in una dimensione quasi mistica, secondo cui la femminilità, tradizionalmente rappresentativa di una parte più emotiva e debole dell'anima, sarebbe qualitativamente inferiore rispetto alla mascolinità, associabile, per contro, a un'indole più razionale e logica; per questa ragione, nel corso della storia, le donne che adottavano atteggiamenti e abbigliamento maschili erano considerate rispettabili, in quanto, conscie della loro "debolezza" naturale, vi rinunciavano in favore di un modo di essere più «[...] Divino» (Bullough, 1975). Al contrario, il comportamento femminile adottato da alcuni uomini era ritenuto disdicevole, sebbene, poi, paradossalmente, gli *MtF* si rivelassero utili in alcuni ambiti, come quello teatrale e addirittura in drammi religiosi, per recitare ruoli femminili, tanto che spesso si ricorreva alla pratica della castrazione al fine di rendere la personificazione più veritiera (Bullough, 1975).

1.3 Un recente cambio di prospettiva e di terminologia: dalla "transessualità" al "transgenderismo"

È bene tenere a mente che fino al 1994, anno di pubblicazione della quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), si è parlato ufficialmente di questa condizione medico-psicologica utilizzando i termini "transessualità" o "transessualismo". In particolare, riferendosi ai "transessuali", si intendevano esclusivamente ed enfaticamente coloro interessati dalla "trasformazione" da donna a uomo o da uomo a donna (in termini di ruolo, cambiamenti fisici e riconoscimento legale) (Pfäfflin, 2014).

Eppure, già a partire dalla fine degli anni '70, veniva introdotta l'avanguardistica espressione “transgenderismo”, termine ombrello con il quale ci si riferiva, e ci si riferisce tutt'ora, più in generale, a tutti gli individui la cui identità di genere non è semplicemente incasellabile all'interno dei due sessi biologici predominanti all'interno della società (Balocchi, <http://www.consultoriotransgenere.it/glossario.html>). Includendo, così, individui con incongruenza di genere desiderosi di cambiare il sesso assegnato loro alla nascita, individui non binari o *GenderQueer*, soggetti pomosessuali che non si identificano in nessun orientamento, etc., ossia tutti i soggetti che vogliono separarsi del tutto dal concetto di genere comunemente inteso in forma duale, si è finito per aprire l'orizzonte della sessualità e dell'identità di genere. In questo modo, l'identità a cui tutti questi concetti si riferiscono è passata dall'essere menzionata al singolare e, quindi, dall'essere riferita alla singolarità all'essere messa in relazione alla pluralità. In altre parole, si è arrivati alla conclusione che fosse più opportuno sostenere che ci sono tante identità sessuali e di genere quante sono le persone, motivo per cui si parla oramai, appunto, di “pluralità sessuali e identitarie”. Contemporaneamente, tutti questi fenomeni, quali l'incongruenza di genere, l'omosessualità, l'asessualità, la bisessualità e anche pratiche come il sadomasochismo, hanno smesso di essere classificati come mere preferenze e orientamenti sessuali per cominciare a essere considerati in tutto e per tutto delle identità, completamente distaccate da ogni sorta di appartenenza a un gruppo e, invece, legate alla pluralità costituita da ogni particolare e singolo individuo (Pfäfflin, 2014).

1.4 L'iter diagnostico classico, con riferimento all'operato del CRRIG di Padova

I cambiamenti terminologici hanno avuto un impatto notevole non solo da un punto di vista di accettazione sociale del fenomeno dell'incongruenza di genere, ma anche da un punto di vista diagnostico.

In particolare, passando dalla diagnosi di “transessualismo” del DSM-III (1980), alla diagnosi di “disturbo dell'identità di genere” del DSM-IV (1994) e, infine, a quella di “disforia di genere” del DSM-5 (2013) e mantenuta invariata nel recentissimo DSM-5-TR (2023), si è potuto, da un lato, almeno tentare di “depatologizzare” la condizione di incongruenza di genere senza trattarla né classificarla apertamente come un “disturbo”. Dall'altro lato, si è cercato di andare incontro alla richiesta degli individui transgender di evitare distinzioni tra sesso e genere e di accogliere il loro desiderio di appartenere a

“qualche altro genere”, tenendo conto, quindi, dell’esistenza di altri oltre ai due sessi e generi comunemente considerati (Atkinson & Russell, 2015; Pfäfflin, 2014).

In particolare, per poter stabilire una diagnosi di disforia di genere, il DSM-5 prevede che debbano essere soddisfatti due criteri fondamentali: da una parte, deve essere presente, per almeno 6 mesi, un forte disallineamento tra il sesso assegnato alla nascita di un individuo e il suo genere esperito, cosa che si manifesta, per esempio, nella volontà di essere trattato come un soggetto dell’altro sesso; dall’altra parte, questa incongruenza deve causare profondo disagio che si ripercuote in difficoltà nelle aree di funzionamento più importanti e, talvolta, anche in tentativi di mutilazione delle parti corporee che causano disgusto all’individuo (Smith et al., 2015).

Inoltre, in sede di valutazione del disturbo e di pianificazione del trattamento, è determinante effettuare anche una diagnosi di tipo differenziale, in quanto, come verrà poi approfondito nel prossimo capitolo, molti sintomi di disforia di genere sono comuni ad altri tipi di disturbi mentali; è, dunque, necessario poter escludere, per esempio, la presenza di disturbi psicotici, quali la schizofrenia (Atkinson & Russell, 2015; Schwarz et al., 2015).

Per come stanno le cose al giorno d’oggi, la diagnosi di disforia di genere è utile sotto molteplici punti di vista.

In primo luogo, un medico che acconsente all’esecuzione di operazioni di riassegnazione di genere potrebbe essere, in alcuni Stati, perseguibile penalmente in quanto, per certi punti di vista, sta compiendo un «[...] atto criminale» distruggendo un corpo a tutti gli effetti in salute: è, allora, necessario che ci sia una diagnosi ufficiale di incongruenza di genere che permetta in maniera legale e trasparente l’esecuzione di tali procedure chirurgiche di per sé piuttosto invasive (Bullough, 1975; Pfäfflin, 2014).

In secondo luogo, nonostante sia crescente il numero di richieste di rimuovere del tutto questa diagnosi dal DSM, c’è sicuramente da tenere a mente il fatto che le condizioni psico-fisiologiche senza diagnosi, qualunque esse siano, non possono essere coperte da alcun tipo di assicurazione sanitaria; se così fosse, nel caso della disforia di genere, gli individui transgender non potrebbero contare su una copertura assicurativa per quanto riguarda il trattamento ormonale e gli interventi chirurgici (Pfäfflin, 2014).

In terzo luogo, la diagnosi ricopre un ruolo valutativo e, a questo proposito, si può menzionare in maniera esemplificativa l’operato svolto dall’innovativo *Centro di*

*Riferimento Regionale per l’Incongruenza di Genere della Regione Veneto con sede a Padova. Il Centro in questione, come da protocollo, è costituito da un’equipe multidisciplinare composta da psicologi, neuropsichiatri infantili ed endocrinologi specializzati, in modo che possa essere garantita, a chi lo desidera, la possibilità di seguire un «[...] percorso personalizzato e sicuro» verso il cambio di genere (UOC Andrologia e Medicina della Riproduzione, <https://www.aopd.veneto.it/Andrologia-e-Medicina-della-Riproduzione>). L’iter classico prevede almeno 6 mesi di psicoterapia, affinché si possa giungere alla diagnosi definitiva di disforia di genere, la quale, come anticipato, valuta e attesta che l’individuo è sicuro e consapevole della quasi-irreversibilità del percorso di transizione che sta per intraprendere. In seguito, ottenuta la “relazione permissiva” del terapeuta, si effettuano esami fisiologici di routine per accertare che, oltre a quello psicologico, anche lo stato fisico sia ottimale e predisponente l’inizio della terapia, la quale avviene, nel caso di minori, con i bloccanti della pubertà e, nel caso di individui nell’età del consenso, con ormoni di affermazione di genere (estrogeni e antiandrogeni per gli *MtF*, testosterone per gli *FtM*) (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021). L’aspetto chirurgico della transizione, nonché quello meno reversibile di tutti, è un tema ancora piuttosto discusso nella realtà medica Italiana; a Padova, in particolare, al momento, ci si occupa solo di interventi demolitivi, mentre, per quelli ricostruttivi, è piuttosto frequente che i pazienti con incongruenza di genere si rivolgano addirittura a Paesi esteri, in cui i costi e la qualità delle operazioni chirurgiche sono decisamente più incentivanti.*

In quarto e ultimo luogo, è bene menzionare il fatto che la relazione psicologica che riporta la diagnosi di incongruenza e disforia di genere adempie anche a una funzione più legale: essa è, infatti, necessaria per il tribunale affinché si possa procedere con il cambio anagrafico del soggetto transgender. Sicuramente, questa è una funzione rilevante soprattutto per chi lotta tutta una vita per essere riconosciuto nel modo in cui si esperisce anche a un livello legale e sociale.

CAPITOLO 2

Le basi neurali della disforia di genere

2.1 Breve resoconto sui protocolli e la metodologia di ricerca nell'ambito della disforia di genere

Per potersi addentrare nel discorso relativo ai correlati neurali della disforia di genere, è bene soffermarsi preventivamente sugli strumenti a cui i ricercatori si rifanno per studiare questo fenomeno.

2.1.1 I questionari

In primo luogo, a svolgere una funzione molto importante sono i questionari. Essi si rivelano utili in ambito terapeutico per la stesura di una diagnosi; in questo caso, la parte testistica ha luogo durante il percorso di approfondimento che avviene dopo il primo colloquio conoscitivo con il paziente. I questionari, però, sono utili principalmente in ambito di ricerca per selezionare il campione sperimentale e per valutarne le caratteristiche. In entrambe le situazioni, i test sono utili in termini di diagnosi “differenziale”, soprattutto se si sospettano problematiche quali l'autismo o la depressione, aspetto molto utile se si intende eliminare questo tipo di disturbi dallo studio che si sta conducendo, oppure se si sta cercando di arrivare a una diagnosi ben precisa. Esempi di questionari che sono adattabili sia alla situazione terapeutica che a quella di ricerca sono il *Body Uneasiness Test* (BUT), che si interessa a differenti aree di psicopatologia relative al corpo, come l'auto-monitoraggio compulsivo, la depersonalizzazione o la fobia del peso, l'*Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum* (UGDS-GS) e il *Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults* (GIDYQ-AA), i quali indagano direttamente i sintomi dell'incongruenza di genere (Chen et al., 2023; Fisher et al., 2020). A questi, si possono associare test di altra natura, come, per esempio, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) o la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R), la quale indaga i livelli di disagio psicopatologico fornendo un indice di severità generale, e l'utilissimo *HEADSS assessment*, un'intervista che si propone di verificare la rete di supporto sociale ed eventuali fattori di rischio, mediante una valutazione di tipo psicosociale (Atkinson & Russell, 2015; Fisher et al., 2020). Attraverso tutte queste modalità, è possibile giungere a un quadro più completo dell'individuo che sta richiedendo un supporto terapeutico, o del soggetto sperimentale che è stato selezionato per la ricerca.

2.1.2 *Gli studi fisiologici e comportamentali*

In secondo luogo, soprattutto nelle situazioni di ricerca, ci si rifà a studi fisiologici e studi comportamentali, i quali sono spesso realizzati in associazione l'uno con l'altro, in modo da poter evidenziare l'attivazione di alcuni circuiti neurali durante lo svolgimento di specifici compiti.

In particolare, tra le modalità di svolgimento di questi tipi di studi troviamo:

- Le misure elettrofisiologiche, come l'elettroencefalografia (EEG), che consiste nella «[...] registrazione grafica dei fenomeni elettrici che si svolgono nel cervello» (Di Bonaventura, 2010; Smith et al., 2015);
- Le misure molecolari e metaboliche, come la tomografia a emissione di positroni (PET) e la tomografia computerizzata a emissione di fotone singolo (SPECT), che sono degli esami diagnostico-funzionali realizzabili attraverso la somministrazione endovenosa di radiotraccianti che evidenziano aree del corpo e del cervello attive in un preciso momento («PET», 2021; Smith et al., 2015).
- Le misure di connettività strutturale, le quali analizzano le connessioni anatomiche come le sinapsi e i tratti di fibre. Un esempio di questo tipo di misurazioni è costituito dalla risonanza magnetica di diffusione (in inglese, *diffusion weighted imaging*, DWI), basata sullo studio dei movimenti delle molecole d'acqua all'interno dei tessuti corporei («Risonanza magnetica di diffusione (DWI)», 2020; Smith et al., 2015).
- Le misure di connettività funzionale, che si soffermano sulla correlazione temporale tra eventi neurofisiologici che hanno luogo in regioni cerebrali anatomicamente distanti. Tra queste, una delle più utilizzate è la risonanza magnetica funzionale effettuata in *resting state* (rs-fMRI), la quale, attraverso l'analisi delle fluttuazioni del segnale BOLD, si occupa della misura dell'attività intrinseca del cervello quando l'individuo non è impegnato in alcun tipo di compito (Lee et al., 2013; Smith et al., 2015).

A eccezione della rs-fMRI effettuata unicamente a riposo, gli studi fisiologici degli individui possono essere associati, come precedentemente accennato, alla valutazione della loro prestazione in alcuni compiti; in questi casi, si può parlare, allora, di studi di tipo comportamentale. In particolare, gli studi di risonanza magnetica funzionale (fMRI) sono definiti *task-based* proprio nel caso in cui si faccia un'analisi dell'attività cerebrale

in concomitanza dell'esecuzione, da parte del soggetto sperimentale, di compiti di varia natura, come, per esempio, compiti cognitivi o visuo-spaziali (Smith et al., 2015). In ogni caso, approfondiremo in seguito alcuni tipi di compiti e di misurazioni che sono stati scelti dagli sperimentatori per lo studio dell'attività neurale in individui transgender.

2.2 I network neurali generali alla base di incongruenza e disforia di genere

Fatte le opportune premesse, è possibile, ora, addentrarsi nella neurobiologia dell'incongruenza di genere. In generale, visto il recente incremento della prevalenza della disforia di genere, sono parallelamente aumentate le ricerche che tentano di trovarne una spiegazione eziologica. Recenti studi hanno appurato, prima di tutto, che la transessualità sembrerebbe verificarsi nel momento in cui la differenziazione sessuale del cervello e quella dei genitali, che, per natura, avvengono in momenti distinti dello sviluppo prenatale (la prima durante la seconda metà della gravidanza, la seconda nei primi due mesi), si sviluppano in direzioni opposte, in modo sessualmente atipico e, soprattutto, *a priori*, ovvero anche prima della terapia ormonale (Smith et al., 2015; Van Heesewijk et al., 2021). Inoltre, si è dimostrato che nello sviluppo della GI giocano un ruolo chiave, da un lato, fattori psicosociali, che verranno affrontati nel prossimo capitolo, e, dall'altro lato, fattori biologici, che, per comodità, analizzeremo qui sotto divisi per fattori genetici, fattori ormonali e fattori strutturali (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021). L'impatto di fattori socio-culturali e di influenze biologiche nell'eziologia della GD è ancora oggi oggetto di dibattito, ma pare che comunque la biologia giochi un ruolo causale maggiore (Fisher et al., 2020). È, però, necessario tenere a mente che, in questo ambito, non si può mai parlare in termini di influenze assolute, ma più opportunamente di interazioni multifattoriali (Smith et al., 2015).

2.2.1 Fattori genetici

In primo luogo, sembrerebbe che la precedentemente citata discrepanza tra lo sviluppo sessuale differenziato del cervello e quello degli organi genitali, presumibile origine del fenomeno della transessualità, sia causata da problematiche genetiche. In questo caso, importanti risultati sono stati ottenuti grazie agli studi sui gemelli, anche se c'è da tenere ben presente che, in realtà, le evidenze di cui si dispone attualmente sono piuttosto limitate quantitativamente e qualitativamente (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021).

Nonostante ciò, il fatto che in gemelli omozigoti si sia trovata un'alta concordanza di GI e in quelli dizigoti una certa discordanza dimostra che esiste, almeno in parte, un

contributo di tipo genetico nello sviluppo della disforia di genere (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021). Inoltre, Gómez-Gil e colleghi (2010), in uno studio condotto con 995 individui transgender, hanno dimostrato che anche fratelli non gemelli hanno un maggiore rischio di essere transessuali rispetto alla popolazione generale; questo sembrerebbe avvalorare l'ipotesi dell'esistenza di una componente genetico-ereditaria che, effettivamente, renderebbe conto di almeno il 62% della varianza del fenomeno (Smith et al., 2015).

Un altro aspetto rilevante consiste nel fatto che, in genere, le problematiche genetiche sono collegate a delle problematiche ormonali, che, in questo caso specifico, riguardano gli ormoni sessuali. Per esempio, sembrerebbe che un polimorfismo del gene CYP17, il quale è per natura associato all'aumento dei livelli di testosterone, progesterone ed estradiolo nel plasma, sia legato alla transessualità. In particolare, la perdita del pattern di distribuzione di un allele femminile di questo gene sembrerebbe associata alla transessualità di tipo *FtM*. Allo stesso modo, anche in individui *MtF* pare che i geni assumano caratteristiche più "femminili"; esemplificativamente, possiamo citare il fatto che la lunghezza di ripetizione del recettore per gli androgeni (AR) è maggiore nelle donne transgender rispetto ai maschi di controllo (Smith et al., 2015).

Nonostante ciò, è opportuno tenere a mente che gli studi effettuati su questo fronte sono risultati spesso contraddittori l'uno con l'altro e che, quindi, i risultati ottenuti lasciano ancora spazio a diversi dubbi relativamente a un'eziologia genetica della GI.

2.2.2 Influenze ormonali

Il divario tra la differenziazione sessuale del cervello e quella degli organi genitali parrebbe essere dovuta, in secondo luogo, a problematiche di tipo ormonale.

Innanzitutto, le influenze ormonali possono essere "naturali": infatti, a partire dal periodo prenatale fino alla pubertà e all'età adulta, gli ormoni sessuali esercitano un'influenza spontanea sull'organizzazione della struttura cerebrale (Smith et al., 2015). In particolare, durante la fase intrauterina, il cervello del feto si sviluppa in un cervello maschile sotto l'influenza del testosterone, mentre assume una struttura più femminile se questo androgeno è assente (Savic et al., 2010; Smith et al., 2015). Se, però, la sintesi degli steroidi sessuali o la sensibilità e la funzione dei recettori degli ormoni sessuali sono danneggiate, allora si può verificare un'esposizione prenatale agli ormoni sessuali che è anomala e che, conseguentemente, porta a uno status ormonale, geneticamente

determinato, che è anormale e, plausibilmente, a una variazione nell'identità di genere percepita. A questo proposito, in ambito di ricerca, ci si rifà al *digit ratio*, una misura sessualmente dimorfica capace, quindi, di distinguere femminilità e mascolinità solo grazie alla lunghezza del dito indice e dell'anulare e che funge da indicatore di un'esposizione prenatale al testosterone: minore è questo dato, maggiore dovrebbe essere l'esposizione agli androgeni avvenuta prima della nascita. Nel caso specifico di individui transgender, si è notato che il *digit ratio* è maggiore negli *MtF* e, invece, simile a quello dei controlli femminili negli *FtM* (Smith et al., 2015).

È vero, però, che le influenze ormonali si verificano anche durante la terapia di riassegnazione di genere, quando si somministrano al paziente i cosiddetti ormoni *cross-sex*. Essi influenzano, prima di tutto, la morfologia cerebrale nel modo che segue e che è stato evidenziato principalmente da Hulshoff Pol e colleghi (2006):

- La somministrazione di testosterone a individui *FtM* determina un aumento del volume totale del cervello e dell'ippocampo, un incremento del volume di materia grigia corticale e subcorticale, e un inspessimento corticale, il quale è dovuto all'effetto anabolico e anticatabolico del testosterone stesso (*Figura 1*);
- Il trattamento con antiandrogeni ed estrogeni in individui *MtF* causa una diminuzione del volume totale cerebrale e dell'ippocampo (questo a causa di livelli ridotti della proteina *Brain-Derived Neurotrophic Factor*, che si occupa della crescita di sinapsi e neuroni nuovi), oltre a una riduzione del volume di materia grigia e dello spessore corticale, aspetto dovuto all'assenza dell'effetto anabolico e anticatabolico del testosterone (*Figura 2*). Alcuni studi rivelano, però, che, già prima del trattamento, lo spessore corticale in questi individui appare, in parte, femminilizzato (Smith et al., 2015).

In breve, il trattamento ormonale induce dei cambiamenti nel volume cerebrale, nella connettività strutturale e nella materia bianca che si indirizzano verso le caratteristiche tipiche del sesso desiderato (Smith et al., 2015).

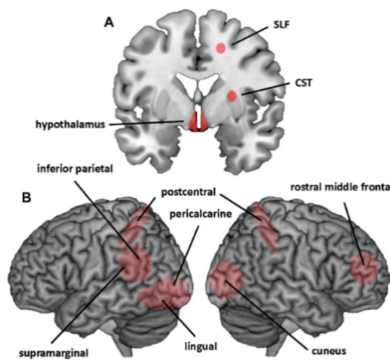


Figura 1. Localizzazione di cambiamenti strutturali significativi indotti da ormoni in individui FtM (Smith et al., 2015, p. 260).

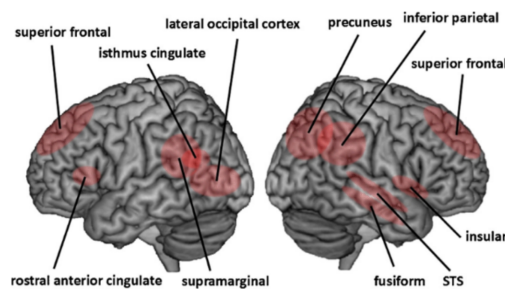


Figura 2. Localizzazione di cambiamenti strutturali significativi indotti da ormoni in individui MtF (Smith et al., 2015, p. 260).

A essere influenzata dalla terapia ormonale non è, però, solo la struttura del cervello; anche la connettività funzionale sembra subire alcune modificazioni. In particolare, gli ormoni steroidei influenzano la mielinizzazione delle fibre che costituiscono la base della connettività nella materia bianca. Se, poi, da un lato, gli ormoni ovarici, come il progesterone e l'estradiolo, migliorano la connettività funzionale tra le aree corticali e quelle subcorticali, dall'altro lato, gli androgeni, di cui il testosterone è l'esempio più noto, fanno sì che questo tipo di connettività diminuisca e che, invece, aumenti quella tra le diverse aree subcorticali (Smith et al., 2015).

Infine, molteplici ricerche hanno notato che la performance in compiti specifici è mediata dai livelli ormonali e che questo è particolarmente vero per compiti che rivelano differenze di genere. Van Goozen e colleghi (1995) hanno trovato che la somministrazione di ormoni *cross-sex* porta gli individui MtF ad avere un miglioramento nei compiti di fluency verbale e gli FtM ad avere un aumento notevole nelle performance di abilità spaziale. Eppure, gli stessi Van Goozen e collaboratori (2002) hanno notato il cosiddetto *ceiling effect*: i partecipanti transgender dello studio avevano, in realtà, punteggi di performance simili ai soggetti del sesso desiderato anche prima del trattamento ormonale (Smith et al., 2015).

Questo sembra, appunto, dimostrare come, in realtà, il dibattito su un'eziologia ormonale della GI sia ancora aperto; al fine di trarre conclusioni più certe, sono sempre più numerosi gli studi su aree attivate in individui transgender in relazione ad abilità linguistiche e spaziali che cercano di includere anche la fase pre-trattamento, in modo da poter effettuare gli opportuni confronti.

2.2.3 Differenze strutturali nel cervello

In terzo luogo, è noto che le differenze cerebrali di tipo strutturale e funzionale sono il substrato evolutivo dell'identità di genere, per cui i fattori che interferiscono con questo complesso processo potrebbero essere coinvolti o, almeno, potrebbero favorire la GD (Fisher et al., 2020). In particolare, analisi cerebrali effettuate post-mortem e studi di neuroimmagine svolti in vivo hanno dimostrato che esistono delle differenze strutturali tra individui transgender e controlli in varie aree del cervello, soprattutto in quelle sessualmente dimorfiche. Inoltre, la morfologia cerebrale dei soggetti con GI ha mostrato molteplici somiglianze in volume e numero di neuroni al genere in cui ci si identifica (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021; Smith et al., 2015).

Approfondiamo, ora, più nel dettaglio come si presentano alcune strutture cerebrali in individui transgender, in particolare la materia grigia, la materia bianca, la corteccia (e nello specifico il suo spessore) e, infine, il fascicolo fronto-occipitale inferiore.

Lo studio della materia grigia in soggetti transessuali si è focalizzato principalmente sull'analisi di due strutture coinvolte in molti aspetti del comportamento sessuale, ossia la divisione centrale del letto nucleare striato terminale (BSTc) e il terzo nucleo interstiziale dell'ipotalamo anteriore (INAH3) (Savic et al., 2010). Entrambi questi sistemi si sono rivelati più grandi e comprendono più neuroni a somatostatina negli uomini. Negli individui transgender, invece, si sono sviluppati in modo sessualmente atipico con grandezza e numero di neuroni simili al sesso desiderato (Smith et al., 2015). C'è, comunque, da dire che le evidenze relative al fatto che le proporzioni di materia grigia in individui con diagnosi di GD siano analoghe a quelle dell'identità di genere percepita non sono chiare né univoche. I risultati principali, a questo proposito, sono stati ottenuti da Luders e colleghi (2009), i quali hanno dimostrato che negli *MtF* il volume della materia grigia nel putamen ha sembianze femminili, e da Simon e collaboratori (2013), che hanno notato sia negli *MtF* che negli *FtM* un minore volume di materia grigia nel cervelletto, nel giro angolare sinistro e nel lobulo parietale inferiore sinistro rispetto ai controlli di entrambi i

sessi. Sebbene sembri, dunque, che i volumi di materia grigia in varie strutture cerebrali degli individui transgender siano simili ai volumi dei soggetti di controllo con la stessa identità di genere, rimane il fatto che le evidenze finora ottenute sono perlopiù inconsistenti e, soprattutto, che la maggior parte delle differenze morfologiche registrate siano dipendenti non tanto dall'identità di genere stessa, quanto piuttosto dal sesso biologico (Smith et al., 2015).

Per quanto riguarda, poi, lo studio della materia bianca, è stata appurata una deviazione dei suoi pattern microstrutturali nei transessuali dal sesso biologico verso i valori del sesso desiderato (Fisher et al., 2020; Smith et al., 2015). In primo luogo, Yokota e collaboratori (2005), adoperando una particolare comparazione della forma del corpo calloso in individui transgender, sono riusciti a descriverlo come molto più simile all'identità di genere esperita piuttosto che al sesso di nascita (Smith et al., 2015). In secondo luogo, Rametti e colleghi (2011, 2012) hanno condotto uno studio di anisotropia frazionaria (FA, ovvero un metodo che fornisce informazioni sull'architettura dei fasci di fibre) in tratti di fibre di materia bianca. Questa ricerca ha rivelato come questo valore fosse maggiore negli *FtM* e nei maschi e, progressivamente, minore negli *MtF* e nelle femmine, in particolare in regioni cerebrali quali il fascicolo longitudinale superiore, il forceps minor e il tratto corticospinale. Si è concluso, allora, che questi specifici tratti fossero, negli uomini transessuali, più mascolinizzati (Smith et al., 2015; Van Heesewijk et al., 2021). In terzo luogo, uno studio di *diffusion weighted magnetic resonance imaging* (DW-MRI) ideato da Kranz e collaboratori (2014) aveva lo scopo di determinare l'influenza del sesso biologico, dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale su differenti parametri di diffusività. È stato qui evidenziato che la diffusività media nei transessuali si collocava in posizione intermedia rispetto a quella dei controlli femminili, al primo posto, e di quelli maschili, in ultima posizione (Smith et al., 2015).

Concludendo, è opportuno ribadire, per l'ennesima volta, come, in realtà, le evidenze ottenute da questi studi siano piuttosto contraddittorie, motivo per cui è molto difficile poter ottenere delle conclusioni affidabili.

Per quanto riguarda le caratteristiche della corteccia nei transgender, Manzouri e colleghi (2015) hanno evidenziato uno spessore corticale incrementato in individui con GD soprattutto nella corteccia cingolata anteriore pregenuale (pACC), nelle regioni occipitali e nel giro temporale inferiore destro; un'altra ricerca, condotta da Zubiaurre-Elorza e

collaboratori (2013), ha fornito un altro importante contributo, rivelando che, in soggetti *MtF*, lo spessore corticale è più femminilizzato e, dunque, maggiore, soprattutto nelle regioni orbitofrontali, insulari e medio-occipitali. Al contrario, negli *FtM*, non sono emersi segni di mascolinizzazione e, similmente ai controlli femminili, lo spessore era maggiore soprattutto nelle cortecce parietale e temporale (Feusner et al., 2017; Smith et al., 2015).

Tutte queste evidenze relative non solo allo spessore corticale, ma anche alle materie grigia e bianca permettono di fare un'importante riflessione relativamente ai concetti di femminilizzazione e mascolinizzazione del cervello in individui con GI. In particolare, è sostanzialmente scorretto dire che i cervelli dei transgender sono *interamente* femminili o maschili; piuttosto, è più opportuno dire che sono alcune strutture, tipicamente sessualmente dimorfiche, a essere definibili come “non completamente femminilizzate” nel caso di *FtM* o “non completamente mascolinizzate” nel caso di *MtF* (Smith et al., 2015).

In ultima istanza, è degno di menzione il fascicolo fronto-occipitale inferiore (IFOF), che sembrerebbe essere un correlato neurale saliente della GI. Questo specifico tratto si occupa della trasmissione di informazioni percettive di tipo visivo a regioni cognitive di alto livello nella corteccia prefrontale ed è coinvolto, per esempio, nell'elaborazione di stimoli socio-emozionali e nella regolazione emotivo-attentiva. Determinante nel delineare il ruolo di questo fascio nella GI è stato lo studio di Van Heesewijk e colleghi (2021), condotto su 82 adolescenti in terapia con ormoni per la soppressione della pubertà e 82 bambini in età prepuberale non trattati, di cui circa la metà in entrambi i gruppi erano transessuali. Il primo obiettivo dello studio era investigare le differenze in termini di sesso e genere nell'anisotropia frazionaria regionale misurata grazie alla risonanza magnetica di diffusione. Il secondo intento, invece, era identificare l'impatto della pubertà sulle modificazioni della struttura della materia bianca. I risultati ottenuti negli individui transgender, che elencheremo qui sotto, hanno permesso ai ricercatori di fornire delle risposte agli obiettivi della ricerca:

- Un'interazione sesso-identità di genere nei valori di FA è stata individuata soprattutto nell'IFOF destro;
- Un'interazione significativa stato puberale-genere-sesso nei valori di FA di adolescenti e adulti è stata individuata soprattutto nel corpo calloso, nel forceps maior e nell'IFOF bilaterale, dove l'anisotropia era piuttosto ridotta e sessualmente

atipica rispetto ai coetanei cisgender; inoltre, i valori medi di FA nell'IFOF destro degli adolescenti risultavano essere correlati negativamente con il dosaggio cumulativo di soppressanti della pubertà ricevuti, mentre il trattamento con il testosterone era associato a un aumento della FA nell'IFOF;

- Un'interazione nei valori di FA di bambini transgender è stata individuata nell'IFOF destro e nel tratto cortico-spinale sinistro, ma con un pattern opposto a quello degli adolescenti, per cui l'anisotropia era maggiore rispetto ai coetanei cisgender.

Date queste evidenze, è stato possibile concludere che, con buona probabilità, i bassi valori di FA nell'IFOF di adolescenti e adulti con GI, indici di minore organizzazione longitudinale, coerenza di fibre e mielinizzazione, rappresentano una correlazione neurale importante per la disforia di genere; inoltre, si è dimostrato che la fase puberale naturale e la terapia puberale con ormoni sessuali influenzano in maniera importante lo sviluppo cerebrale in modo non solo *sex-specific*, ma anche *gender identity specific* (Van Heesewijk et al., 2021).

Stilato questo elenco dettagliato di strutture cerebrali apparentemente coinvolte nel fenomeno dell'incongruenza di genere, è possibile ora fare una breve, ma importante riflessione. Si è ripetuto più volte, in questo capitolo, il fatto che le evidenze attualmente a disposizione sul fenomeno siano limitate e, soprattutto, contraddittorie le une con le altre. Ebbene, è proprio a causa di molteplici fattori confondenti di cui certi studi non hanno tenuto conto nel loro svolgersi che, al momento, non è possibile definire un marker neuroanatomico della transessualità, motivo per cui la diagnosi di disforia di genere, almeno per il momento, si può rifare principalmente alla sintomatologia, ma non tanto alla neuroanatomia (Smith et al., 2015).

2.3 La psicobiologia di alcuni fenomeni comportamentali in individui transgender: il caso della percezione del proprio corpo

Gli studi di risonanza magnetica funzionale e gli studi comportamentali sono stati utilizzati non solo per investigare i fondamenti neurobiologici della disforia di genere in generale, ma anche in relazione a sintomi e comportamenti tipici, come per esempio la percezione del genere altrui sulla base delle facce o della voce. Il focus di questo paragrafo è, però, rivolto a un altro aspetto molto importante nell'incongruenza di genere,

ovvero la percezione del proprio corpo, il quale è spesso causa di disagio e disgusto in individui diagnosticati; spesso, si parla proprio di *body dysphoria* e *body-related avoidance* come di caratteristiche chiave scaturenti dalla percezione di incongruenza tra il proprio senso di sé e il proprio corpo.

Feusner e collaboratori (2017) hanno condotto una ricerca su 27 *FtM*, 27 controlli maschi eterosessuali (*HeM*) e 27 controlli femmine eterosessuali (*HeW*) che sono stati sottoposti a una rs-fMRI e a un *body-morph test*, che consisteva nel vedere delle fotografie del proprio corpo modificato o verso un corpo femminile o verso uno maschile, e nel fornire una valutazione che indicasse il livello di auto-identificazione in quel corpo. Da un lato, i risultati comportamentali di questo test, basati un indice di percezione individuale del proprio corpo, hanno evidenziato negli *FtM* un maggiore livello di identificazione con i corpi modificati verso il sesso congruente con la propria identità di genere, soprattutto per tempi di visione maggiori. Dall'altro lato, i risultati di neuroimmagine hanno notato che, in individui *FtM*, c'erano connessioni più deboli rispetto ai controlli nel *network* visivo, nel precuneo, nella corteccia cingolata anteriore (ACC) e in quella posteriore (PCC), la quale è parte integrante del *default mode network* (DMN) (Figura 3).

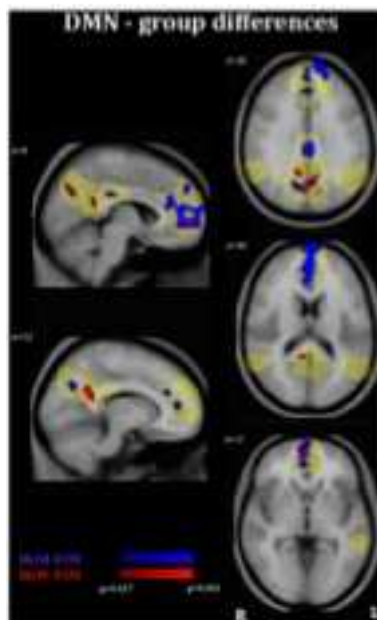


Figura 3. Differenze tra gruppi all'interno del DMN. In blu, zone con maggiori connessioni in *HeM* vs. *FtM*; in rosso, zone con maggiori connessioni in *HeW* vs. *FtM* (Feusner et al., 2017, p. 969).

Il DMN è costituito da una rete di connettività intrinseca che è coinvolta nel pensiero auto-riferito e in quello errante, quindi in processi cognitivi di più alto livello, e gioca un

ruolo chiave, insieme al *saliency network* (SN), nella percezione del proprio corpo nel contesto del sé. Con questi risultati, gli sperimentatori sono potuti giungere alle seguenti conclusioni:

- Sarebbe riduttivo collocare il tipo di connettività cerebrale tipico degli individui transgender, così divergente da quello dei soggetti di controllo, su un continuum che va dagli uomini eterosessuali alle donne eterosessuali, in quanto esso è molto più sfumato e complicato di così;
- La disforia di genere sembra essere proprio legata alla disconnessione che si verifica nei circuiti coinvolti nella percezione del proprio corpo, forse proprio a causa del maggiore spessore corticale nella pACC che è stato precedentemente dimostrato;
- La percezione dei corpi da parte di individui con GD è più *reflective* e meno *reflexive*: questo vuol dire che si tratta, più che altro, di un processo di *decision-making* complesso che coinvolge soprattutto fattori cognitivi e un pensiero auto-referenziale consapevole, cosa che richiede maggiori tempi di visione, e non è, invece, un processo di percezione e di riconoscimento immediato che richiederebbe, ovviamente, dei tempi più brevi.

In breve, quindi, il fatto che gli studiosi abbiano individuato una co-variazione tra il *rating* nell'indice di percezione del proprio corpo e la connettività nel DMN anteriore indica chiaramente che questo potrebbe proprio essere un correlato neurale della disforia di genere, la quale è, a tutti gli effetti, una disconnessione soggettiva tra la percezione del corpo e l'auto-identificazione (Feusner et al., 2017).

2.4 La disforia di genere in relazione ad altre psicopatologie: i disturbi psicotici

Abbiamo già preannunciato quanto la diagnosi differenziale sia importante, ma è bene specificare quanto lo sia, in modo particolare, per la disforia di genere. Questo disturbo è, infatti, spesso in co-occorrenza o conseguenza di altri disturbi psichiatrici, soprattutto i disturbi affettivi, l'ansia e la depressione; questo si verifica a causa delle esperienze di ostracismo e stigmatizzazione che gli individui transgender sperimentano nella vita quotidiana e che fanno scaturire in loro un certo disagio psico-sociale (Mueller et al., 2018; Smith et al., 2015). Per questa ragione, l'iter classico di diagnosi prevede anche di investigare se la disforia sia parte di altri disturbi della salute mentale (Atkinson & Russell, 2015).

Oltre ad eventuali concomitanze con altri disturbi, può anche accadere che l'incongruenza di genere sia confondibile con psicopatologie con sintomi apparentemente uguali. Questo accade perché alcune manifestazioni di GD vengono create dall'esperienza di vita in individui che hanno problematiche mentali o neurofisiologiche latenti ed è il caso, per esempio, dei disturbi psicotici e della schizofrenia (Schwarz et al., 2015). A questo proposito, lo studio di un caso singolo, relativo al soggetto CFB, eseguito da Schwarz e collaboratori (2015) dimostra che le manie relative all'apparenza fisica e il conseguente desiderio di cambiare il proprio corpo sono osservabili anche in pazienti schizofrenici e psicotici. In questo caso particolare, il paziente, manifestante sintomi di psicosi, con un pregresso abuso di sostanze per 25 anni e il desiderio di intraprendere la chirurgia di riassegnazione, è stato sottoposto a un *testing* psicologico variegato e a diverse valutazioni neurologiche e laboratoriali. Le conclusioni a cui i ricercatori sono arrivati è che i sintomi del paziente erano di natura principalmente psicotica, mentre quelli di disforia di genere, soprattutto relativi al passato, non erano sufficienti per poterne fare una diagnosi. In questo paziente, infatti, era stato il disturbo psicotico da uso di sostanze psicoattive e allucinogene ad averne influenzato il discernimento tra allucinazioni e realtà, e ad aver impattato sullo schema corporeo del soggetto, causandogli, oltretutto, molta ansia. Come breve inciso, possiamo inoltre evidenziare come questo studio di un caso singolo, integrato con precedenti ricerche di Ramachandran (2014) hanno contribuito, in parte, a spiegare i sintomi della disforia di genere, riconducendoli a dei pattern d'attivazione inusuali a carico del lobo parietale superiore (SPL) (Schwarz et al., 2015).

A conclusione di questo paragrafo e del secondo capitolo, arriviamo a un'importante certezza, sicuramente non scontata viste le grandi inconsistenze dimostrate durante l'analisi delle basi neurali dell'incongruenza di genere: la diagnosi differenziale, a cui si arriva attraverso un *assessment* approfondito, è cruciale per la pianificazione terapeutica. Inoltre, è imprescindibile il contributo di un *team* multidisciplinare che si deve mettere in attento ascolto del paziente, e che deve avere un approccio altamente individuale e personalizzato, al fine di evitare ogni tipo di approssimazione o superficialità (Schwarz et al., 2015).

CAPITOLO 3

La disforia di genere come fenomeno sociale

Trattiamo, ora, di una modalità di approccio al disturbo di disforia di genere forse più accessibile a tutti, ovvero quella per cui lo si affronta come un fenomeno sociale piuttosto che psicobiologico. In particolare, il presente capitolo esaminerà, in breve, i possibili fattori psicosociali che ne spiegano, auspicabilmente, l'eziologia e, poi, si volgerà alla trattazione di problematiche nell'approccio alla transessualità in vari ambienti: la famiglia, la scuola, la terapia e, infine, l'ambiente sociale più in generale, con un focus specifico sull'ambito giudiziario.

3.1 Fattori eziologici di carattere psicosociale

Le evidenze relative a questo tipo di fattori eziologici sono, per il momento, piuttosto limitate. I primi studi su questo versante si sono focalizzati su fattori psicologici individuali, come il rapporto madre-figlio e la presenza passiva o, addirittura, l'assenza della figura paterna. Le ultime teorie, invece, hanno esteso la genesi dell'incongruenza di genere a una dimensione multifattoriale, in cui a contribuire non sono solo fattori parentali e relativi ai figli, ma anche quelli di matrice ambientale; parrebbe, inoltre, che questi fattori intervengano contemporaneamente durante lo sviluppo del bambino all'interno di una specifica finestra temporale critica (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021).

A onor del vero, rimane il fatto che, forse anche per un maggior numero di evidenze esistenti, per il momento, nel contesto della GD, ha maggiore credibilità un'eziologia biologica. Nonostante ciò, come accade per la quasi totalità dei fenomeni, a influire non può essere unicamente la *nature*, in termini di fattori genetici, ma interviene anche la *nurture*, ossia l'impatto dell'ambiente sullo sviluppo di un fenomeno. In altre parole, la condizione di transgenderismo risulterebbe, principalmente, da fattori biologici con una mediazione, nel suo sviluppo, esercitata da fattori psicosociali. Non è, però, ancora chiaro in quale misura geni, ormoni, strutture cerebrali, ambiente e comportamento influiscano sullo sviluppo della transessualità (Claahsen - Van Der Grinten et al., 2021; Smith et al., 2015).

Fatta questa breve analisi, ci si accinge ora alla descrizione delle problematiche in cui possono incappare gli individui transgender in vari ambienti sociali, ed eventuali modalità di risoluzione dei conflitti che vengono adottate.

3.2 Vivere come individui transgender l'ambiente familiare

Nella società attuale gli individui transgender si trovano davanti a molte difficoltà. In primo luogo, è accertato che gli adolescenti transessuali abbiano un rischio maggiore di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (STI) e di adottare comportamenti sessuali rischiosi, come fare uso di alcool e droghe prima di avere dei rapporti. In secondo luogo, si trovano spesso in grande difficoltà nell'ottenere un'educazione sessuale adeguata; le loro maggiori fonti di informazione sono la scuola che, spesso, lascia la tematica in secondo piano, e internet che, però, include molte fonti discutibili. In terzo e ultimo luogo, sperimentano significative disparità in termini di salute mentale e sessuale, e livelli più bassi, rispetto ai coetanei, di sostegno familiare percepito, cosa che porta a conseguenze negative in termini di benessere fisico e mentale; infatti, reazioni parentali negative sono correlate con un aumento dei tentativi di suicidio e di abuso di sostanze da parte dei figli transgender (Kantor et al., 2023).

I genitori hanno, dunque, un fondamentale impatto sui propri figli, a maggior ragione se *transgender and non-binary* (TNB). Prima di tutto, il loro supporto è necessario e, in particolare, funge da fattore protettivo rispetto agli alti tassi di polivittimizzazione, suicidalità, ansia e depressione che questi ragazzi sperimentano sistematicamente nel corso della loro vita. Il ruolo dei genitori è, poi, cruciale anche nel processo decisionale dei figli adolescenti, ma soprattutto nel fornire loro informazioni relative alla salute sessuale, aspetto che, però, tende spesso a essere trascurato, anche perché i genitori non dispongono del bagaglio di conoscenza necessario per intraprendere questo genere di conversazioni con i propri ragazzi (Kantor et al., 2023).

Per ovviare a quest'ultima problematica, Kantor e colleghi (2023) hanno condotto 21 interviste semi-strutturate con giovani TNB, professionisti sanitari e genitori di ragazzi TNB, in modo da evidenziare il loro punto di vista sulle conoscenze che i genitori dovrebbero avere affinché possano supportare adeguatamente i loro figli nel percorso di affermazione e transizione di genere. A questo proposito, il problema principale che è stato rilevato consiste nell'accesso piuttosto ostico a informazioni sull'identità transgender, che siano scientificamente accurate e anche inclusive (Kantor et al., 2023).

Si riportano, in seguito, gli esiti dello studio che si sono rivelati piuttosto illuminanti. Innanzitutto, sono stati descritti gli ostacoli all'accesso alle informazioni: se i giovani si affidano principalmente a internet, che include, però, fonti non sempre attendibili e non

adoperanti una terminologia inclusiva, i genitori sono piuttosto critici nei confronti delle fonti *online*, ma, paradossalmente, rifacendosi alle informazioni fornite loro dai propri figli, si affidano, implicitamente, a internet stesso. È stata, poi, indagata l'importanza delle conversazioni genitori-figli, utili nel fornire supporto sociale ai ragazzi TNB e nella promozione della sicurezza fisica, contro gravidanze non desiderate, STI e violenze sessuali, ed emotiva, incentivando relazioni romantiche sane. A questo proposito, relativamente all'affrontare questo tipo di conversazioni prima del *coming-out*, i genitori hanno rivelato di dare per scontata una pubertà cisgender tanto che, spesso, non viene nemmeno trattata la questione dell'identità di genere. D'altro canto, i figli, in questo contesto, ammettono di provare imbarazzo e che, sebbene questi confronti costituiscano la base della loro educazione puberale, le informazioni ottenute dai loro genitori spesso non risultano sufficienti rispetto ai loro bisogni. Per quanto riguarda, invece, il post *coming-out*, sembrerebbe che siano più che altro i giovani a insegnare ai propri genitori, cosa che questi ultimi ritengono opportuno, ma che nei ragazzi TNB incrementa solamente la fatica emotiva che già provano nel dover accettare il proprio essere. Sarebbe, infatti, più opportuno che, anche in questa situazione, i genitori mantenessero le loro responsabilità parentali e che non oberassero i loro figli del compito di "insegnanti". Infine, siccome i genitori hanno esigenze educazionali e preoccupazioni diverse da quelle dei giovani TNB, è opportuno che anche le fonti di informazioni da cui attingono siano modellate esattamente su di loro. A questo proposito, la ricerca ha evidenziato i contenuti, qui sotto elencati, da includere in quello che gli studiosi hanno chiamato *educational curriculum* dedicato esclusivamente ai genitori:

- Informazioni basilari sull'identità di genere e l'orientamento sessuale, inserendo i concetti di non binarismo e di intersessualità, al fine di acquisire una più profonda "trans-competenza" che includa l'accettazione di forme di identità che prescindono dai due sessi biologici, l'uso di un linguaggio *gender-affirming* e la comprensione del fatto che è scorretto ritenere la transessualità una fase o una scelta;
- L'inclusione di molteplici narrative e rappresentazioni delle esperienze di individui TNB al fine di normalizzarle e di rassicurare i genitori;
- Informazioni relative alla disforia di genere e al suo impatto sul benessere psicofisico, in quanto, nonostante sia un fenomeno che non interessa tutti i TNB, è comunque molto impattante, soprattutto durante la pubertà;

- Nozioni riguardanti pratiche non mediche di affermazione di genere, come il *binding* e il *tucking*, al fine di assicurare una messa in atto sicura di queste procedure e per permettere ai ragazzi transgender di esplorare la propria espressione di genere in maniera sempre supportata;
- Informazioni su interventi medici di affermazione di genere, come la chirurgia e la terapia ormonale, in modo da infrangere i falsi miti relativi ai rischi per la salute soprattutto a lungo termine, che tanto preoccupano i genitori, e per poter prendere decisioni informate insieme ai propri figli;
- Risorse relative al supporto tra genitori, affinché essi possano ricevere consigli dai loro pari, elaborare emozioni complesse, come eventuali sensi di colpa, visualizzare un nuovo futuro per i propri figli sicuramente diverso da quello che si erano precedentemente immaginati, sentirsi meno soli e migliorare le proprie competenze parentali (Kantor et al., 2023).

Fornendo tutti questi elementi che necessitano di approfondimento da parte dei genitori di figli TNB, questo studio si è rivelato estremamente lungimirante nel concludere che, in una realtà di facile stigmatizzazione sociale per gli individui transgender che spesso porta a un rifiuto verso se stessi, il supporto parentale ricopre un ruolo chiave. Avere i genitori dalla propria parte è, infatti, fondamentale per l'auto-accettazione, ma tutto ciò è possibile solo se i genitori stessi sono ben informati e non giudicanti sul fenomeno che interessa i propri figli; in tal modo, possono mantenere intatto il proprio status di guida e sostegno e alleviarli dal fardello di dover affrontare un tale cambiamento da soli (Kantor et al., 2023).

3.3 Vivere come individui transgender l'ambiente scolastico

Ingenuamente, si potrebbe pensare che i giovani transgender di oggi siano più facilitati nello sviluppo identitario rispetto alle generazioni precedenti grazie a una maggiore consapevolezza e un accesso più facilitato alle informazioni relative alla transessualità. In realtà, accettare qualsiasi tipo di identità è sempre difficile durante l'adolescenza e lo è, per i TNB, in modo particolare nel contesto odierno, in cui essi sono sottoposti a molti più agenti stressanti esterni, a numerose vessazioni e a una maggiore probabilità di temere per la propria incolumità rispetto al passato. Questo, secondo la *minority stress theory* elaborata da Ilan Meyer nel 1995, è dovuto allo status di marginalizzazione all'interno della società sperimentato dagli individui transgender. Tutto ciò influisce inevitabilmente,

tra le tante cose, anche sul rendimento scolastico, poiché nel complesso, gli studenti minoritari tendono a fare meglio se il clima universitario è inclusivo, concetto estendibile alla sfera scolastica in generale. A maggior ragione, è proprio nell'ambiente scolastico che i giovani transgender sperimentano più esperienze avverse di bullismo ed esclusione che, di conseguenza, risultano in livelli più elevati di sintomi depressivi e di tentativi suicidari. Per questi motivi, è sempre più impellente la necessità di elaborare delle politiche scolastiche inclusive, affinché la scuola possa smettere di essere un fattore peggiorativo per la salute fisica e mentale dei giovani transgender e, invece, possa essere sempre più un fattore protettivo, grazie al potenziale potere educativo e formativo esercitato, in generale, da insegnanti e studenti e, in particolare, da figure professionali specializzate (Hardy, 2014; Mackie et al., 2023).

Relativamente a queste tematiche, si è rivelato alquanto chiarificatore lo studio condotto da Mackie e collaboratori (2023), i quali hanno sottoposto 11 studenti transgender australiani frequentanti la scuola secondaria a delle interviste individuali semi-strutturate. Gli esiti della ricerca hanno messo in luce il fatto che, al fine di permettere ai transessuali di vivere in un ambiente scolastico che sia sicuro e non giudicante, per migliorarne la salute mentale e per far sì che aumentino i fattori ambientali positivi mentre diminuiscano quelli negativi, è cruciale il contributo da parte di alcune figure chiave (Mackie et al., 2023).

In primo luogo, è fondamentale l'ambiente scolastico nel suo complesso, composto, quindi, da insegnanti, studenti, collaboratori scolastici e così via. Il confronto delle risposte dei partecipanti allo studio ha permesso di evidenziare quattro tematiche fondamentali relative all'apporto di queste figure al benessere dei TNB che descriviamo qui sotto:

1. Spesso, il bullismo subito da altri membri della comunità LGBTQ+ nell'ambiente scolastico disincentiva i ragazzi transgender a fare *coming-out* a scuola e, quindi, a chiudersi relativamente alla propria identità di genere. Garantire, dunque, la *sicurezza* di questi soggetti deve essere una prerogativa del personale scolastico. Sarebbe un buon inizio apporre poster, modificare il binarismo dei servizi igienici e stabilire regole apertamente contrarie all'omotransfobia per creare un ambiente inclusivo che promuova l'equità per tutti e, soprattutto, per la comunità *queer*;
2. Le *relazioni positive studente-insegnante* permettono ai primi di vedere i secondi come dei punti di riferimento attivi e collaborativi nella sensibilizzazione contro

il bullismo, soprattutto se coinvolgono i ragazzi TNB nelle decisioni e li fanno, così, sentire autonomi;

3. È necessario, poi, evitare il *rafforzamento del binarismo di genere*, che avrebbe, altrimenti, un impatto negativo sull'inclusione percepita e sul senso di appartenenza dei ragazzi transgender all'ambiente scolastico; sono, purtroppo, diverse le testimonianze di partecipanti che riferiscono di trovare l'organizzazione, per esempio, dei bagni scolastici come disumanizzante;
4. Ultima, ma di certo non per importanza, è la forte *necessità di un'educazione LGBTQ+* anche relativamente all'uso di un linguaggio inclusivo per evitare qualsiasi tipo di "misattribuzione" di genere (dall'inglese, *misgendering*). Educare insegnanti e studenti relativamente a queste tematiche permetterebbe di accrescere in loro empatia e consapevolezza sul fenomeno, di ridurre lo stigma e i comportamenti transfobici e garantirebbe a tutti di sentirsi accolti (Mackie et al., 2023).

In breve, questi primi risultati, chiaramente influenzati dalla *queer theory*, propongono il rifiuto di pratiche scolastiche tradizionalmente cisnormative con l'obiettivo di rendere più *queer* l'ambiente scolastico. Solo così, la transnormatività può essere notata, promossa, celebrata e, infine, integrata, il tutto con effetti benefici sul benessere fisico, mentale e sociale dei singoli individui transgender (Mackie et al., 2023).

In secondo luogo, la ricerca di Mackie e colleghi (2023) ha permesso di evidenziare il contributo di una categoria particolare di persone appartenenti all'ambiente scolastico: gli psicologi scolastici e i *counselor*. Le esperienze di *counseling* scolastico sono, infatti, al centro di questo studio e costituiscono, indubbiamente, un elemento chiave nel processo di accettazione della transessualità nella scuola. Questo perché, a differenza dei percorsi terapeutici privati volti alla diagnosi e al trattamento di disturbi di varia natura, il *counseling* scolastico si focalizza principalmente sul benessere generale degli studenti e, in modo particolare, sul loro percorso di formazione. Nel caso specifico di ragazzi TNB, le esperienze terapeutiche precedentemente sperimentate, soprattutto se negative, possono infatti compromettere la riuscita di un percorso terapeutico scolastico, anche perché questo è pur sempre parte di un sistema etero- e cisnormativo. Sta, dunque, al terapeuta dimostrare sufficienti conoscenze e abilità di approccio alla problematica per evitare situazioni di disagio e per far sì che il ragazzo, grazie alla terapia, possa acquisire auto-consapevolezza, imparare a capirsi ed a essere sicuro del proprio sé per gestire, poi, autonomamente anche eventuali

problematiche, come attacchi di panico, talvolta causati dalla disforia di genere. Anche in questo caso, il confronto delle esperienze dei vari partecipanti ha permesso di estrapolare due macro-tematiche chiave:

- a. Lo spazio di *counseling* scolastico è caratterizzato da una benefica *accessibilità* del servizio, dovuto al fatto che è possibile usufruirne gratuitamente e quando necessario direttamente sul suolo scolastico, sebbene questo possa inficiarne, talvolta, la *privacy*;
- b. La terapia con uno psicologo scolastico o un *counselor* garantisce la presenza di uno *spazio sicuro* e non giudicante per i ragazzi transgender in cui possono esprimere apertamente le proprie insicurezze, auto-raccontarsi relativamente al proprio percorso di accettazione e di *coming-out* e sentirsi, così, “normalizzati”. In tal modo, si instaura un’alleanza terapeutica tra i ragazzi TNB e il terapeuta, il quale deve promuovere l’autonomia dei giovani pazienti, supportarne e accettarne incondizionatamente l’identità di genere e fungere da loro difensore e alleato, parlando con professori e studenti e contrastando attivamente, con tutti i mezzi possibili, la transfobia (Mackie et al., 2023).

In questo modo, anche quello del *counseling* diventa uno spazio *queer* in cui gli individui transgender esistono ed esprimono loro stessi senza le influenze implicate dalle disposizioni sociali tradizionalmente cisnormative (Mackie et al., 2023).

Si può concludere sostenendo con certezza che è proprio durante l’adolescenza che si arriva a una comprensione di cosa ci definisce come individui; come e quando questo processo avviene varia in base ai generi e, in particolare per i soggetti transgender, è un iter tanto conflittuale quanto imprescindibile che li porta a realizzare e accettare di essere posizionati in una categoria sociale “diversa dalla norma”. È, dunque, in questa fase che, oltre alla famiglia, è fondamentale il contributo della scuola nello scardinare, nei TNB, lo stigma autoimposto e la paura di essere diversi e nel far sviluppare una certa autoconsapevolezza relativa alla propria identità *queer* (Hardy, 2014; Mackie et al., 2023).

3.4 Vivere come individui transgender l’esperienza terapeutica

La stigmatizzazione e i pregiudizi subiti dagli individui TNB non hanno implicazioni solo in ambito familiare e scolastico, ma anche nell’ambiente che, per eccellenza, dovrebbe essere accogliente e supportivo: la terapia e, in generale, il campo psicologico. In questo contesto, gli individui transgender sono spesso, talvolta nemmeno

intenzionalmente, maltrattati, patologizzati e ostacolati nell'accesso alle cure mediche di affermazione di genere. Ne seguono blocchi affettivi e cautela da parte dei transessuali nel cercare aiuto terapeutico, in quanto prevale in loro la totale disillusione relativamente alla riuscita della terapia. Eppure, sia che cerchino aiuto come parte del loro processo di affermazione di genere sia che decidano di andare in terapia semplicemente per migliorare la salute mentale e il benessere generali, le persone *transgender and gender-diverse* (TGD) hanno diritto che le loro difficoltà siano prese in carico da dei professionisti per ricevere le cure di cui necessitano. Affinché questo possa accadere nel migliore dei modi, i terapeuti devono possedere delle abilità terapeutiche di base, sia generali che specifiche dell'identità di genere, che siano di elevata qualità oltre che essere capaci di riparare a eventuali propri errori accaduti durante la seduta. È, poi, fondamentale che investano tempo nell'imparare e nel rimanere sempre aggiornati, soprattutto sugli eventi sociopolitici, che si è scoperto essere molto influenti sulla vita, l'identità e il benessere dei TNB (Mackie et al., 2023; Puckett et al., 2023).

Per chiarire in maniera più sistematica tutti questi aspetti, Puckett e colleghi (2023) hanno condotto uno studio in cui sono stati presi in considerazione i report di 107 TGD americani relativi a esperienze terapeutiche avvenute nel corso di un anno. L'analisi tematica di questi racconti ha permesso ai ricercatori di approfondire i seguenti tre ambiti, fondamentali per un'ottimale riuscita della terapia:

1. *Le esperienze terapeutiche descritte come non utili*

Queste includono gli *aspetti logistici*, come eventuali ritardi dello psicologo o l'utilizzo della modalità telematica per le sedute, e *la disconnessione e la mancanza di profondità*, le quali si generano nel momento in cui i sentimenti del paziente vengono invalidati o quando il terapeuta racconta della propria vita ove non opportuno. A incidere negativamente sulla riuscita delle sedute di terapia è anche una *comprensione insufficiente delle identità TGD* da parte del terapeuta. Questo può accadere quando si fa *misgendering*, quando si minimizzano oppure enfatizzano troppo le esperienze relative all'identità di genere del paziente oppure quando si impedisce, in qualche modo, la realizzazione del suo percorso di affermazione. Tutto questo porta gli individui transgender a essere esposti ai cosiddetti *minority stressors*, a percepire, di conseguenza, un senso di alienazione e a vedersi

ostacolata la possibilità di usufruire dei trattamenti medici per la transizione di genere (Puckett et al., 2023).

2. *Le esperienze terapeutiche descritte come utili*

Ci si riferisce, in questo caso, alla *disponibilità* dello psicologo, sia pratica che teorica, per cui attraverso la validazione delle esperienze del paziente e l'ascolto attivo si rafforza la *connessione* paziente-terapeuta. Giocano, poi, un ruolo decisivo anche gli *approcci terapeutici* adottati, per cui si ottengono chiari benefici se si evidenziano i progressi fatti, si lavora su obiettivi specifici e si instaura una solida alleanza terapeutica. Quest'ultima permette, infatti, ai soggetti TNB di apprendere a gestire le sfide in autonomia, guardando i problemi da prospettive nuove, consci comunque del fatto che possono sempre contare su un alleato supportivo, ossia il terapeuta, il quale li deve aiutare anche nella ricerca di terapie mediche adatte alle loro esigenze. Oltre a ciò sono fondamentali *la conoscenza, la formazione continua e l'affermazione*, da parte dello psicologo, *delle identità TGD*, anche attraverso l'utilizzo di un linguaggio esclusivo. A questo proposito, i partecipanti allo studio hanno espresso pareri positivi relativamente a terapeuti che, in passato, avevano già avuto a che fare con persone transgender oppure che erano loro stessi parte della comunità LGBTQ+. Si rivela, infine, determinante nella riuscita del percorso terapeutico la capacità del clinico di *guardare al mondo in cui il paziente vive*, compresi tutti gli eventi e i sistemi di potere e di privilegio che ne plasmano le esperienze vissute (Puckett et al., 2023). Si passa, così, al terzo e ultimo tema evidenziato dai ricercatori.

3. *La responsività a eventi sociopolitici*

Prima di tutto, il terapeuta deve essere in grado di *rendere testimonianza delle esperienze interiori del paziente e implementare vari interventi*, al fine di facilitarne le capacità di *coping*. Questo è reso possibile grazie alla sua capacità di empatia, validazione, ascolto e coinvolgimento e grazie all'incoraggiamento nell'esplorare se stessi e le relazioni con gli altri, per arrivare, infine, a riconoscere la propria capacità di *agency*, intesa come «*[...] una sensazione di efficacia a poter influire sull'ambiente circostante*» (Cervellati, 2020). Dopo essersi focalizzato sull'individualità del paziente, è opportuno, però, che lo psicologo sappia *integrare l'identità, i sistemi*, anche di oppressione, *e, in generale, il contesto*, affinché

si possa vedere come questi influenzano positivamente oppure ostacolano il benessere dei TGD. I partecipanti riportano, infatti, di aver ottenuto benefici dalla terapia e di aver migliorato la connessione con il clinico nel momento in cui questo ha parlato della propria esperienza di vita appropriatamente, ha dimostrato di essere informato sugli eventi attuali e li ha portati nel *setting* terapeutico, collegandoli opportunamente alle esperienze personali del soggetto transgender. Si verifica, invece, una rottura della relazione terapeutica quando il paziente *si sente disconnesso o frainteso*. Questo può accadere quando il clinico minimizza oppure ingigantisce le esperienze raccontate, a causa, magari, di una sua mancanza di conoscenza dell'argomento, per cui, di conseguenza, il paziente si trova costretto a educare lui stesso il suo psicologo (Puckett et al., 2023).

Il messaggio chiave sotteso a questi risultati della ricerca sembra essere analogo alla conclusione a cui sono giunti Mackie e collaboratori (2023) relativamente all'ambiente scolastico: affinché, quindi, gli individui transgender possano sentirsi "normalizzati" e accolti nel contesto terapeutico, è opportuno che anche questo, come la famiglia e la scuola, si renda sempre più *queer*, facendo capo a una transnormatività piuttosto che a un sistema di valori meramente cisgender. Bisogna, poi, necessariamente sottolineare che le esperienze riportate dai partecipanti dello studio hanno evidenziato la complessità del sistema di cura comportamentale odierno. È in questo tipo di contesto che, allora, si manifesta la necessità che la cura passi dal provvedere alla mera ricerca di soluzioni ai problemi all'essere più concettualizzata e rivolta, dunque, ai singoli individui, intesi nella loro interezza. Al terapeuta si richiedono, perciò, ottime abilità relazionali, una formazione continua e la capacità di essere equilibrato nel momento in cui si integrano, durante il colloquio, i vari aspetti contestuali e identitari del paziente con diagnosi di incongruenza di genere (Puckett et al., 2023).

Nel corso di questo capitolo, è emerso, dunque, che sono molti i fattori ambientali che influiscono sui vari aspetti della vita dei soggetti transgender, ovvero le attitudini, i comportamenti e gli aspetti fisici e sociali del contesto che circonda l'individuo stesso. Siccome, poi, il processo di *coming-out* e transizione a cui devono far fronte i soggetti TNB, che va da una fase di confusione, senso di colpa e vergogna a una di auto-accettazione e sensazione di completezza, è sempre più precoce e rapido, aumenta, allora, il bisogno di figure di riferimento che possano supportarli e guidarli in questo iter. Genitori, insegnanti

e clinici, per essere all'altezza di questo compito, devono, oramai, dimostrare un'elevata competenza culturale e coinvolgersi nella realizzazione di politiche inclusive che possano promuovere il benessere della comunità LGBTQ+ nel suo complesso (Hardy, 2014).

3.5 Vivere come individui transgender l'ambiente giudiziario

Gli individui *sexual and gender minority* (SGM), ovvero coloro che hanno un orientamento sessuale e/o un'identità di genere che varia dalla maggioranza, non hanno, per certo, una vita facile all'interno della società. Questo è tanto vero per gli ambienti con cui hanno a che fare quotidianamente e che costituiscono i nuclei fondanti dell'identità personale, ovvero la famiglia, la scuola e la terapia, quanto per quelli con cui interagiscono occasionalmente, primo tra tutti l'ambiente giudiziario (Miller & London, 2021).

Essendo ad alto rischio di maltrattamenti, è molto probabile che i SGM diventino vittime di vessazioni oppure che si coinvolgano in comportamenti criminali in risposta alla vittimizzazione, motivo per cui è piuttosto elevato il rischio di un loro coinvolgimento nel sistema della giustizia. Inoltre, con l'esponenziale aumento del fenomeno, il sistema giudiziario criminale si è sempre più dedicato al riesame dei complessi costrutti sociali e legali di genere, orientamento sessuale e identità di genere per determinarne i diritti legali e il modo in cui queste comunità minoritarie sono e dovrebbero essere trattate nelle aule di tribunale. A questo proposito, diverse ricerche hanno documentato l'esistenza di fattori extralegali che, potenzialmente, pregiudicano gli esiti dei processi: l'età, la razza, l'attrattività, il genere, l'orientamento sessuale e l'identità di genere (Miller & London, 2021).

Al fine di investigare la percezione legale di questi ultimi tre costrutti, Miller e colleghi (2021) hanno simulato un processo per abuso sessuale su un minore perpetrato da un insegnante uomo nei confronti di un adolescente di cui si sono manipolati sesso (maschio vs. femmina), identità di genere (cisgender vs. transgender) e orientamento sessuale (eterosessuale vs. omosessuale). 368 falsi giudici accuratamente selezionati avevano il compito di leggere il resoconto del caso per esprimere un verdetto di colpevolezza o innocenza, il relativo grado di colpevolezza, i propri pareri relativi all'eventuale contatto avvenuto tra imputato e vittima, e le opinioni riguardanti la credibilità e la responsabilità a carico sia dell'accusato che della vittima. Opportune analisi delle risposte hanno permesso di trarre le seguenti conclusioni:

- L'identità di genere ha un'importante influenza sugli esiti del processo, per cui, quando la vittima era cisgender, i finti giudici si sono dimostrati più inclini a

condannare, hanno valutato l'imputato come meno credibile e la vittima come più attendibile e, dunque, hanno preso maggiori decisioni favorevoli all'accusa dell'insegnante. Questi risultati accertano, prima di tutto, l'esistenza di un *bias* anti-transgender nelle aule di tribunale; sono, poi, esemplificativi dell'attitudine negativa generalizzata nei confronti dei transgender, i quali, per esempio, sono tendenzialmente considerati meno attraenti, e che si riflette anche in un'attenzione mediatica a questo gruppo marginalizzato tutt'altro che positiva. I TNB sono, infatti, visti come ipersessuali, cosa che attribuisce loro una certa non credibilità soprattutto in merito a casi di abuso (Miller & London, 2021).

- Gli effetti dell'identità di genere sulla sentenza, in realtà, variano in funzione del genere della vittima. Infatti, nel caso di vittima cisgender, i giudici tendevano a fornire opinioni favorevoli alla prosecuzione del processo se la vittima era una ragazza cisgender e a essere considerate più abusanti erano le violenze *cross-gender* (per esempio, un uomo che violenta una ragazza). Se si aveva a che fare, invece, con un soggetto transgender, il giudice era più predisposto all'accusa dell'imputato nel caso in cui si fosse trattato di un individuo *FtM* ed erano gli abusi *same-gender* (per esempio, un uomo che violenta un uomo transessuale) a essere percepiti come peggiori. Questi esiti della ricerca sottolineano un'attitudine alquanto negativa nei confronti dei maschi cisgender, i quali, tendenzialmente non sono riconosciuti come vere vittime di crimini a sfondo sessuale, e dei transgender *MtF*. La motivazione alla base della discriminazione subita da questi ultimi ha radici molto antiche: è probabile che l'opinione generale sulle donne transessuali sia che, nella transizione da uomo a donna, abbiano deciso di scambiare il loro ruolo di genere di più elevato rango sociale per uno di importanza minore, motivo per cui sono percepite come membri deboli della società (Miller & London, 2021).
- Si è notato, infine, come anche l'orientamento sessuale abbia una certa influenza sugli effetti dell'identità di genere in ambito giudiziario. Se presi separatamente, l'identità di genere si dimostrava più impattante rispetto all'orientamento sessuale, ma, se combinati l'uno con l'altro, l'orientamento assumeva una maggiore importanza nel caso in cui la vittima fosse stata transgender. Ne segue, dunque, che, se la vittima si identifica in una minoranza al contempo sessuale e di identità di genere, i *bias* saranno maggiormente attivati. Questi dati, oltre il fatto che molti

partecipanti avessero riportato di avere più conoscenti gay e meno transessuali, mettono in luce l'esistenza di un effetto di mera esposizione, per il quale il semplice contatto con individui di un gruppo disprezzato può generare un decremento del pregiudizio nei confronti di quell'*out-group* (Miller & London, 2021)

Con tali informazioni, è possibile giungere alla conclusione della ricerca: siccome una maggiore familiarità con certi fenomeni diminuisce i *bias* ad essi relativi, il naturale incremento, negli ultimi tempi, di soggetti SGM potrebbe essere benefico; infatti, con l'aumento dei contatti con questi individui, si può ridurre, contemporaneamente, lo stereotipo a cui essi sono continuamente sottoposti. Fino a che, però, non si applicheranno concretamente delle tutele per i TNB ai vari livelli processuali, è bene che, nel frattempo, i professionisti legali siano consapevoli dell'esistenza dei *bias* anti-gay e anti-transgender e che ne tengano conto quando queste minoranze incappano nel sistema giudiziario (Miller & London, 2021).

A questo punto, è possibile fare un'altra importante riflessione relativamente agli esiti di questa specifica ricerca che rimanda al capitolo conclusivo, e che indica quanto ancora ci sia da fare nel futuro prossimo affinché la condizione dei soggetti transgender migliori al punto da essere equivalente a quella dei cisgender. Come anticipato, l'atteggiamento pregiudicante adottato nell'ambito giudiziario, e non solo, nei confronti degli individui *MtF*, che va più comunemente sotto il termine di "transmisoginia", ha radici piuttosto lontane del tempo. Pare rimandare, infatti, all'annosa visione quasi mistica della transessualità che si aveva in passato, di cui si è trattato nel primo capitolo di questo elaborato. Nel vedere la scelta della femminilità come un atto di debolezza e cedimento e, invece, il rendere maschile la propria identità come un atto di auto-consapevolezza e di forza, trasparenti, quasi impercettibili, ma comunque altrettanto spaventosi, i fantasmi della disparità di genere e del patriarcato (Bullough, 1975; Miller & London, 2021).

CONCLUSIONE

Il presente elaborato, nel trattare varie ricerche e nel presentarne gli esiti, ha anche messo in luce i numerosi limiti nello studio del transgenderismo, sia in ambito medico-scientifico che in quello socio-culturale. Risulta, infatti, come siano ancora numerosi gli aspetti comportamentali in soggetti TNB di cui indagare i correlati neurali ed emerge, tuttora, la necessità di un cambiamento sociale radicale per poter effettivamente parlare di una totale accettazione e inclusione all'interno della società degli individui appartenenti alla comunità LGBTQ+. La lettura di articoli scientifici per la stesura di questa tesi ha permesso di notare che tutte le ricerche di carattere psicobiologico hanno mancato di precisione su qualche fronte; sono, infatti, numerose le ammissioni relative al non aver considerato i possibili fattori confondenti, e altrettanti sono gli accenni alla necessità di maggiori studi di approfondimento. Dal punto di vista di un'analisi più socio-scolturale, invece, è emersa una duplice e, per certi versi, contraddittoria problematica. Da un lato, nella società odierna, a ostacolare l'auto-realizzazione degli individui LGBTQ+ è la cosiddetta "eteronormatività", ovvero la concezione che «[...] assume e promuove l'idea che l'eterosessualità sia l'unico orientamento "normale" e "naturale" che esista» e, così facendo, privilegia «[...] coloro che si adeguano alla norma» e considera, invece, «[...] chiunque ne sia al di fuori come anormale e "sbagliato"» (Kacere, 2015). Fin qui, pare tutto tristemente nella norma, poiché «[...] la nostra cultura è profondamente eteronormativa» (Kacere, 2015). La lettura di vari articoli e *review* ha, però, permesso di evidenziare un altro fenomeno, altrettanto preoccupante, che ha spesso luogo nella messa in atto delle politiche *queer*: l'omonormatività. Con il termine "omonormatività" ci si riferisce alle problematiche di privilegio all'interno della comunità LGBTQ+ che sono strettamente connesse al capitalismo, al privilegio bianco, al sessismo, al cisessismo e alla transmisoginia. Questo concetto riguarda, inoltre, l'assunto per cui «[...] la gente queer voglia far parte della cultura dominante, [...] eterosessuale, e quindi il modo in cui la nostra società premia coloro che vogliono farne parte, considerandoli i più degni di meritare visibilità e diritti», primi tra tutti i cisgender bianchi, borghesi, con un genere normativo e che si autodefiniscono omosessuali, i quali vedono le problematiche dei transgender come completamente distinte dalle proprie (Kacere, 2015; Stryker, 2008). Questo fenomeno è, dunque, esemplificativo del fatto che la discriminazione è sempre dietro l'angolo e può verificarsi anche negli ambienti in cui meno ce lo si aspetterebbe.

Per poter, dunque, vedere dei miglioramenti effettivi su tutti i fronti, in particolare nell'ambito della ricerca scientifica relativa alla transessualità, in quello della diagnosi e del trattamento della disforia di genere e nel contesto sociale in generale, è opportuno un intervento di matrice multifattoriale, come quello immaginato da Fisher e colleghi (2022) e qui sotto illustrato (Figura 4).



Figura 4. Rappresentazione grafica del percorso multidisciplinare di affermazione di genere (Fisher et al., 2022).

A essere determinante nel successo di un percorso di affermazione di genere è, dunque, la combinazione delle seguenti componenti: l'autodeterminazione e l'autocoscienza, l'integrazione sociale e il riconoscimento dei diritti, l'affermazione sociale, l'aspetto ormonale, lo sviluppo durante l'età evolutiva e, infine, la chirurgia (Fisher et al., 2022). Il precedente schema rivela, quindi, la necessità di un lavoro multidisciplinare che si rifaccia, prima di tutto, a delle linee guida, come gli *Standard of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8* (SOC-8) del *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) o la *Endocrine Society Clinical Practice Guideline* dell'*Endocrine Society*. Queste offrono, infatti, degli standard per la promozione di un'assistenza sanitaria e sociale ottimale e, soprattutto, sono state pensate per essere flessibili. Questo perché l'iter non deve essere cristallizzato, ma piuttosto deve risultare individualizzato e adattabile alle singole individualità TNB (Atkinson & Russell, 2015; Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017).

È solo partendo con l'agire nel piccolo dei singoli soggetti transgender e garantendone la salute mentale e fisica che, a catena, si può far sì che il benessere e la conoscenza del fenomeno dell'incongruenza di genere si estendano su un piano sociale più ampio.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (A c. Di). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Atkinson, S. R., & Russell, D. (2015). Gender dysphoria. *Australian Family Physician*, 44(11), 792–796.
- Balocchi, M. *Glossario aggiornato del Transgenderismo—Consultorio Trans Genere*. Consultorio TRANSgenere. Recuperato 25 luglio 2023, da <http://www.consultorio-transgenere.it/glossario.html>
- Bullough, V. L. (1975). Transsexualism in history. *Archives of Sexual Behavior*, 4(5), 561–571. <https://doi.org/10.1007/BF01542134>
- Cervellati, P. (2020). *Agency: Di cosa si tratta?* Psicologi Italia. <https://www.psicologi-italia.it/disturbi-e-terapie/autostima/articoli/agency-cose-e-come-si-evolve-nel-corso-dello-sviluppo.html>
- Chen, R., Feng, Y., Su, D., Wilson, A., Han, M., & Wang, Y. (2023). Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum in a Chinese population: Scale validation and associations with mental health, self-harm and suicidality. *BJPsych Open*, 9(1), e17. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.617>
- Claahsen - Van Der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J., & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—Current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European Journal of Pediatrics*, 180(5), 1349–1357. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Di Bonaventura, C. (2010). *Elettroencefalografia in «Dizionario di Medicina»*. Treccani. https://www.treccani.it/enciclopedia/elettroencefalografia_%28Dizionario-di-Medicina%29/
- Feusner, J. D., Lidström, A., Moody, T. D., Dhejne, C., Bookheimer, S. Y., & Savic, I. (2017). Intrinsic network connectivity and own body perception in gender dysphoria. *Brain Imaging and Behavior*, 11(4), 964–976. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9578-6>
- Fisher, A. D., Motta, G., Corsini, L., Marinelli, L., & Pontecorvo, R. (2022, luglio). *Percorso di Affermazione di Genere in Pillole*. SIGIS. <https://www.sigis.info/mappametro/>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Castellini, G., Cocchetti, C., Cassioli, E., Orsolini, S., Sensi, C., Romani, A., Mazzoli, F., Cipriani, A., Ricca, V., Vignozzi, L., Viggiano, M. P., Mascali, M., Maggi, M., & Gavazzi, G. (2020). Neural Correlates of Gender Face Perception in Transgender People. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1731. <https://doi.org/10.3390/jcm9061731>

- Hardy, T. L. D. (2014). Telling it like it is: A critical review of *The Lives of Transgender People* [Review of *Telling it like it is: A critical review of The Lives of Transgender People*, di G. Beemyn & S. Rankin]. *Journal of LGBT Youth*, *11*(4), 408–412. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935556>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Kacere, L. (2015, giugno 19). Omonormatività: Che cos'è, e perché danneggia il nostro movimento. *Al di là del Buco*. <https://abbattomuri.wordpress.com/2015/06/19/omonormativita-che-cose-e-perche-danneggia-il-nostro-movimento/>
- Kantor, L. Z., Tordoff, D. M., Haley, S. G., Crouch, J. M., & Ahrens, K. R. (2023). Gender and Sexual Health-Related Knowledge Gaps and Educational Needs of Parents of Transgender and Non-Binary Youth. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02611-9>
- Lee, M. H., Smyser, C. D., & Shimony, J. S. (2013). Resting-State fMRI: A Review of Methods and Clinical Applications. *AJNR: American Journal of Neuroradiology*, *34*(10), 1866–1872. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A3263>
- Mackie, G., Patlamazoglou, L., & Lambert, K. (2023). The experiences of Australian transgender young people in school counseling: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *10*(2), 337–349. <https://doi.org/10.1037/sgd0000544>
- Miller, Q. C., & London, K. (2021). Mock jurors' perceptions of child sexual abuse cases involving sexual and gender minority victims. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *10*(2), 311–323. <https://doi.org/10.1037/sgd0000541>
- Mueller, S. C., Wierckx, K., Boccadoro, S., & T'Sjoen, G. (2018). Neural correlates of ostracism in transgender persons living according to their gender identity: A potential risk marker for psychopathology? *Psychological Medicine*, *48*(14), 2313–2320. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003828>
- PET: A cosa serve e come si svolge l'esame. (2021, gennaio). *Humanitas*. <https://www.humanitas.it/news/pet-a-cosa-serve-e-come-si-svolge-l-esame/>
- Pfäfflin, F. (2014). Identity: A Historical and Political Reflection. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (A c. Di), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 331–346). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_17
- Puckett, J. A., Kimball, D., Glozier, W. K., Wertz, M., Dunn, T., Lash, B. R., Ralston, A. L., Holt, N. R., Huit, T. Z., Volk, S. A., Hope, D., Mocarski, R., & DuBois, L. Z. (2023). Transgender and gender diverse clients' experiences in therapy: Responses to sociopolitical events and helpful and unhelpful experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000513>
- Risonanza magnetica di diffusione (DWI). (2020, novembre). *Humanitas*. <https://www.humanitas.it/visite-ed-esami/risonanza-magnetica-di-diffusione-dwi/>

- Savic, I., Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2010). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Progress in Brain Research*, 186, 41–62. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53630-3.00004-X>
- Schwarz, K., Fontanari, A. M. V., Mueller, A., Soll, B., Da Silva, D. C., Salvador, J., Zucker, K. J., Schneider, M. A., & Lobato, M. I. R. (2015). Neural Correlates of Psychosis and Gender Dysphoria in an Adult Male. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 761–765. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0660-8>
- Smith, E. S., Junger, J., Derntl, B., & Habel, U. (2015). The transsexual brain – A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 59, 251–266. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.09.008>
- Stryker, S. (2008). Transgender History, Homonormativity, and Disciplinarity. *Radical History Review*, 2008(100), 145–157. <https://doi.org/10.1215/01636545-2007-026>
- travestitismo in Vocabolario—Treccani*. Recuperato 20 luglio 2023, da <https://www.treccani.it/vocabolario/travestitismo/>
- UOC Andrologia e Medicina della Riproduzione*. Azienda Ospedale-Università Padova. Recuperato 25 luglio 2023, da <https://www.aopd.veneto.it/Andrologia-e-Medicina-della-Riproduzione>
- Van Heesewijk, J., Steenwijk, M. D., Kreukels, B. P. C., Veltman, D. J., Bakker, J., & Burke, S. M. (2021). Alterations in the inferior fronto-occipital fasciculus – a specific neural correlate of gender incongruence? *Psychological Medicine*, 53(8), 3461–3470. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005547>