



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Sapienza Università degli studi di Roma

Facoltà di Medicina e Psicologia

Dottorato in Psicologia Dinamica e Clinica, XXX ciclo

Tesi di Dottorato

Personalità, pattern di attaccamento e trauma complesso

in un campione di transessuali adulti

Dottorando:

Dott. Guido Giovanardi

Tutor:

Prof. Vittorio Lingiardi

Co-tutor:

Prof.ssa Anna Maria Speranza

Indice

Indice	2
Introduzione	4
Capitolo 1	7
<i>Il transessualismo contemporaneo: dalla patologia dell'identità alla sofferenza soggettiva</i> ...	<i>7</i>
1.1 Storia di una diagnosi complessa e delle sue trasformazioni	9
1.1.1 DSM, dalla sindrome del transessualismo alla disforia di genere	9
1.1.1.1 DSM-III e DSM-III-R	10
1.1.1.2 DSM-IV e DSM-IV-TR	11
1.1.1.3 DSM-5	14
1.1.2 ICD e il dibattito sulla necessità della diagnosi	17
1.1.3 PDM-2, l'esperienza soggettiva dell'incongruenza di genere	20
1.2 Dimensioni del transessualismo contemporaneo: diffusione, eziologia, percorsi di sviluppo	21
1.2.1 Diffusione o "epidemiologia"	22
1.2.1.1 Infanzia e adolescenza	22
1.2.1.2 Età adulta	23
1.2.2 Studi sull'eziologia	24
1.2.2.1 Fattori biologico-costitutivi	25
1.2.2.2 Fattori psico-sociali	26
1.2.3 Percorsi di sviluppo	27
1.2.3.1 Sviluppo dell'identità di genere	27
1.2.3.2 Sviluppo delle identità di genere non conformi	29
1.2.3.3 Il dilemma dell'uso degli ormoni per la sospensione della pubertà	31
Capitolo 2	36
<i>Lo studio della soggettività transessuale e delle sue variabili</i>	<i>36</i>
2.1. Transessualismo e personalità	36
2.1.1 Transessualismo e MMPI	38
2.1.2 Ricerche sulla personalità con altri test	45
2.2 Transessualismo e attaccamento	47
2.2.1 Il transessualismo nel Manuale dell'Attaccamento	49
2.3 Transessualismo e trauma complesso	50
2.3.1 Trauma complesso: un'introduzione	50
2.3.2 Trauma complesso e attaccamento	53
2.3.3. Transessualismo ed esperienze traumatiche	55
2.3.3.1 Transessualismo e traumi relazionali precoci	57

Capitolo 3.....	59
<i>La ricerca: Personalità, pattern di attaccamento e trauma complesso</i>	59
<i>in un campione di transessuali adulti</i>	59
3.1 Introduzione generale	59
3.2 Gli strumenti della ricerca.....	60
3.2.1 SWAP-200	60
3.2.2 AAI	61
3.2.3 Complex-TQ	64
3.3. Studio 1. Personalità e attaccamento.....	65
3.3.1 Obiettivi	65
3.3.2 Il campione	65
3.3.3 Metodi	66
3.3.3.1 Analisi dei dati.....	66
3.3.4 Risultati	69
3.3.4.1 Risultati della AAI.....	69
3.3.4.2 Risultati della SWAP-200	70
3.3.4.3 Risultati della Q-Analysis	74
3.3.4.4 Confronti tra soggetti: modelli di attaccamento e personalità.....	79
3.3.5 Discussione	81
3.3.5 Limiti e direzioni future dello studio	85
3.4 Studio 2. Attaccamento e trauma complesso	87
3.4.1 Obiettivi	87
3.4.2 Il campione	87
3.4.3 Metodi	88
3.4.4 Risultati	88
3.4.4.1 Risultati della AAI.....	88
3.4.4.2 Risultati del Complex-TQ	91
3.3.4.3 Confronti tra soggetti: modelli di attaccamento e trauma complesso	94
3.4.5 Discussione	100
Conclusioni	106
Bibliografia	110
Appendice A – Glossario	144

Introduzione

For here again, we come to a dilemma. Different though the sexes are, they intermix. In every human being a vacillation from one sex to the other takes place, and often it is only the clothes that keep the male or female likeness, while underneath the sex is the very opposite of what it is above.

[E qui giungiamo a un altro dilemma. I sessi, è vero, sono diversi; eppure, si confondono. Non c'è essere umano che non oscilli così da un sesso all'altro, e spesso non sono che gli abiti i quali serbano l'apparenza virile o femminile, mentre il sesso profondo è l'opposto di quello superficiale.]

Virginia Woolf, *Orlando*

Il contesto di questa ricerca, incentrata sullo studio dei pattern di attaccamento, della personalità e delle esperienze traumatiche precoci di un campione di transessuali adulti, è quello della nostra contemporaneità “liquida” (Bauman, 2000), caratterizzata da continue trasformazioni nelle concezioni delle identità, dove una nuova tecnologia medica è disponibile per nuove *performances* di genere (Butler, 2015). Ispirandosi ai principi e ai metodi della psicologia dinamica e clinica, il presente lavoro chiama in causa grandi temi del pensiero contemporaneo: identità, corpo, soggettività, trauma. Prima di entrare nel vivo della ricerca, mi sia concessa una brevissima digressione introduttiva.

Nel settembre del 2017, in un clima di fervente discussione politica e civile sulla possibilità per chi è nato e cresciuto in Italia di essere riconosciuto come italiano (la legislatura nota come *ius soli*), un gruppo di cittadini ha indirizzato un appello al capo dello Stato e ai presidenti di Senato e Camera, di cui riporto il passaggio principale:

“Oggi la patria è dove trovi pace e rifugio, è quella che rende possibile una convivenza civile. Le guerre, le occupazioni, le intolleranze, gli abusi, le violenze stanno rendendo la nostra terra inabitabile a intere popolazioni costrette alla fuga. La patria è dove ti puoi fermare. È in questa luce che la cittadinanza cambia aspetto e dal diritto di sangue si apre al diritto del suolo ... il nuovo principio dice

che un bambino che nasce e cresce in Italia, che parla italiano e studia italiano, è italiano. È il vivere insieme e parlare una stessa lingua che ci rende concittadini”.

Qualora il loro status non fosse riconosciuto, la condizione in cui rischiano di trovarsi i figli degli immigrati, pur essendo molto lontana da quella delle persone con disforia di genere, presenta alcuni punti in comune con quella transessuale. Innanzitutto, c'è un'*incongruenza* tra l'identità sancita da leggi costitutive e quella percepita: sei nato in Italia, sei libico, eritreo, o cinese per i geni che ti hanno trasmesso i tuoi genitori, o per l'aspetto fenotipico, eppure non sei italiano per come ti senti e come sei cresciuto, per la lingua che parli, per la cittadinanza cui appartieni; sei maschio (o femmina) per il corredo genetico, per l'anatomia del tuo corpo, eppure non sei femmina (o maschio) per il senso che hai di te, per le tue preferenze, per il gruppo cui ti senti di appartenere.

Poi c'è la dimensione del *riconoscimento*: da una parte uno Stato che deve approvare un'identità civile esperita, dall'altra un'équipe di esperti che, insieme allo Stato, deve riconoscere un'identità di genere preferita. E tanto è valido il paragone (e tanto sono *liquidi* i concetti) che si possono scambiare i termini: un'identità civile preferita e un'identità di genere esperita. Infine, c'è il *miglioramento del benessere psicologico*, la “pace e rifugio” di cui parlano gli autori dell'appello è simile a quella che le persone transessuali, nella maggior parte dei casi, trovano nel cambiamento di genere, come vedremo dai risultati delle ricerche più recenti e da questo stesso studio.

È un paragone ardito, che però può aiutarci a sentire e immaginare, oggi, il cosiddetto “fenomeno transessuale” (Benjamin, 1966), comprenderlo in senso contemporaneo, consapevoli della malleabilità e della sovrapponibilità dei concetti identitari; leggerlo quindi alla luce delle trasformazioni sociali e culturali che hanno caratterizzato gli ultimi decenni, rispecchiate – come vedremo nel primo capitolo di questo lavoro – dalle trasformazioni nelle formulazioni diagnostiche, nelle interpretazioni cliniche e nella gestione e cura delle persone con varianza di genere.

Nel *primo capitolo*, infatti, è svolta una rassegna sui cambiamenti nelle tassonomie diagnostiche: viene esplorata la storia dei principali sistemi diagnostici (DSM e ICD) e descritta la recente

inclusione all'interno dell'ultima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017) della "incongruenza di genere". Saranno poi prese in esame alcune dimensioni importanti del transessualismo odierno: la diffusione attuale delle varianze di genere, le teorie eziologiche più recenti e i diversi percorsi di sviluppo dell'identità di genere non conforme individuati dalla letteratura scientifica. Particolare attenzione sarà dedicata a una delle più importanti questioni discusse nel dibattito contemporaneo: l'uso degli ormoni bloccanti ipotalamici per la sospensione della pubertà. Si tratta di un modello di intervento sempre più diffuso nei centri specializzati sulla disforia di genere, che solleva molti dubbi nella comunità scientifica e che ho avuto modo di conoscere da vicino presso il Gender Identity Development Service (GIDS) della Tavistock and Portman Clinic di Londra, dove, nell'ultimo anno del Dottorato, ho passato un periodo di ricerca di tre mesi.

Nel *secondo capitolo* sarà presentata invece una rassegna degli studi più importanti che hanno indagato le dimensioni della personalità, dell'attaccamento e del trauma in campioni o singoli individui transessuali o transgender. La sezione sul trauma include anche una breve descrizione del costrutto del "trauma complesso", costrutto scelto come vertice osservativo per la storia traumatica dei partecipanti alla ricerca.

Il *terzo capitolo* illustra le diverse fasi della ricerca, attraverso i due studi che la compongono, svolti in successione. Il primo contiene l'indagine dell'attaccamento e della personalità in un campione di 44 individui transessuali adulti. Il secondo, basato su un allargamento del campione del primo, comprende lo studio dell'attaccamento e del trauma complesso in un campione di 95 transessuali adulti, confrontati con un campione di controllo di 123 individui.

Questo lavoro, infine, si conclude con la discussione in chiave psicodinamica delle principali implicazioni cliniche dei risultati emersi dalla ricerca.

Per facilitare la lettura e per orientarsi meglio nell'intreccio semantico dei termini contemporanei per le identità e le sessualità, in appendice è proposto un piccolo glossario dei termini e concetti principali.

Capitolo 1.

Il transessualismo contemporaneo: dalla patologia dell'identità alla sofferenza soggettiva

What's in a name? that which we call a rose

By any other name would smell as sweet.

[Che cosa c'è in un nome? Ciò che noi chiamiamo con il nome di rosa, anche se lo chiamassimo con un altro nome, serberebbe pur sempre lo stesso dolce profumo.]

- William Shakespeare, *Romeo and Juliet*

È passato più di un secolo da quando Magnus Hirschfeld (1910, 1923) distinse per primo le persone “travestite” e “transessuali” dalle omosessuali. Il termine “transessuale” venne poi ripreso e trasformato nel 1949 da David O. Cauldwell con la definizione di “*psychopathia transsexualis*” (Cauldwell, 1949), dicitura che riprendeva il titolo del libro del 1886 di Richard von Krafft-Ebing “*Psychopathia sexualis*” per indicare un quadro clinico caratterizzato da angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico. Negli anni '50, poi, John Money definì il concetto di *ruolo di genere*, differenziando una serie di sentimenti, convinzioni e comportamenti che definiscono la maschilità e la femminilità, distinguendoli dalle caratteristiche biologiche che definiscono l'identità sessuale di una persona. Money (1955) portò avanti la tesi che sesso e genere non sono necessariamente interconnessi e, dopo molti anni di ricerca, concluse che per “disforia di genere” bisogna intendere un costrutto molto complicato, connesso a cause fisiologiche e psicologiche multiple e complesse (Money, 1994). Sempre negli anni '50, avvenne l'evento mediatico che permise al transessualismo una vera diffusione sia a livello popolare sia a livello medico-psichiatrico: il caso di George/Christine Jorgensen (Hamburger, Sturup, & Dahl-Iversen, 1953).

Il caso di riassegnazione sessuale di Christine Jorgensen non è comunque il primo: nel 1933, per

esempio, era stato pubblicato il testo *Man into Woman* (Hoyer, 1933), la storia del pittore danese Einar Wegener che si sottopose all'operazione di cambiamento di sesso, diventando Lili Elbe. Wegener si sottopose a cinque interventi, supervisionati dai due pionieri nello studio degli ormoni sessuali Magnus Hirschfeld e Eugen Steinach: prima la castrazione e la penectomia, poi il trapianto di ovaie, che però a causa di complicazioni furono rimosse nella quarta operazione, e infine il trapianto dell'utero. Fu probabilmente il rigetto di questo trapianto la causa della morte di Lili nel 1931. L'esito negativo della vicenda di Wegener, come osserva Galiani (2005), è il motivo della sua rimozione rispetto allo "sfavillante successo" di Jorgensen. Dalla trasformazione di George/Christine in poi, la tecnologia medica ha compiuto enormi progressi: allo stato attuale le persone transessuali hanno a disposizione cure ormonali e operazioni chirurgiche per modificare le loro anatomie sessuali in modo sicuro e funzionale.

Nella maggior parte delle società occidentali, i progressi della scienza medica e i cambiamenti sociali avvenuti a partire dagli anni '60/'70 hanno profondamente modificato la concezione del rapporto tra sesso e genere, sia in ambito scientifico e culturale sia presso la popolazione generale. Se fino a pochi decenni fa l'opinione più diffusa rispetto al transessualismo era quella di una malattia vicina al delirio psicotico (es. Chiland, 2003), ora la psichiatria, la legislazione e - nel senso più ampio del termine - la cultura vedono nell'incongruenza tra genere esperito e sesso biologico una "normale variante dell'espressione di genere umana" (Drescher & Byne, 2012).

In questo capitolo si rifletterà prima su come questi cambiamenti siano stati rispecchiati dall'evoluzione delle tassonomie diagnostiche; verranno poi prese in considerazione le ricerche più recenti per valutare alcune dimensioni odierne del "fenomeno transessuale" (Benjamin, 1966): diffusione, eziologia e percorsi di sviluppo. Infine, sarà discussa un'importante questione che anima il dibattito contemporaneo: l'uso degli ormoni bloccanti ipotalamici per la sospensione della pubertà.

1.1 Storia di una diagnosi complessa e delle sue trasformazioni

Come scrivono nella loro recente rassegna Beek, Cohen-Kettenis e Kreukels (2016), osservando la storia delle trasformazioni diagnostiche per l'inquadramento delle condizioni transessuali, risulta evidente quanto, negli ultimi decenni, le concezioni generali sulla varianza di genere si siano modificate. In questa sezione mi occuperò di delineare la storia dei cambiamenti nei due principali sistemi tassonomici della psichiatria internazionale: il Manuale Diagnostico Statistico (*Diagnostic Statistic Manual, DSM*) dell'*American Psychiatric Association* e la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (*International Classification of Diseases and Health Related Problems, ICD*) dell'Organismo Mondiale della Sanità (OMS). Infine, sarà descritta la diagnosi di "gender incongruence" presente all'interno della seconda e ultima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (*Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2*).

1.1.1 DSM, dalla sindrome del transessualismo alla disforia di genere

Il transessualismo entra nel Manuale Diagnostico Statistico (DSM) nella sua terza edizione, nel 1980, all'interno dei disturbi psicosessuali e nello specifico all'interno dei Disturbi Psicosessuali, con l'etichetta "Transessualismo" per gli adulti, e "Disturbo dell'Identità di Genere" per l'infanzia. Quest'ultima etichetta diagnostica sarà mantenuta fino alla quarta edizione. Nel 2013, il DSM-5, in un passaggio considerato da molti una svolta importante verso la depatologizzazione, la diagnosi cambia in Disforia di Genere (DG). La Tabella 1.1 mostra un riepilogo delle diagnosi nelle diverse edizioni.

Tabella 1.1

Termini diagnostici, codici, sezioni e principali cambiamenti delle diagnosi relative all'identità di genere nelle diverse versioni del DSM (da Drescher et al., 2016)

Versione del DSM	Termini diagnostici (con codici)	Sezione	Cambiamenti principali
DSM-III (1980)	Transessualismo (302.5x) DIG nell'infanzia (302.60) Disturbo Psicosessuale NAS (302.85)	Disturbi Psicosessuali	Prima diagnosi per il transessualismo. Comprende una diagnosi per l'infanzia.
DSM-III-R (1987)	Transessualismo (302.50) DIG nell'infanzia (302.60) DIGAEATNT (302.85) DIG NAS (302.85)	Disturbi che usualmente compaiono per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza	Inclusione della diagnosi DIGAEATNT. Nuova sezione.
DSM-IV (1994) / DSM-IV-TR (2000)	DIG in adolescenti e adulti (302.85) DIG nell'infanzia (302.6) DIG NAS (302.6)	Disturbi sessuali e dell'identità di genere	Nuova sezione. Adozione della singola diagnosi di GID applicabile a bambini, adolescenti e adulti. Criteri più simili per maschi e femmine
DSM-5 (2013)	DG in adolescenti e adulti (302.85) DG in bambini (302.6) DG altrimenti specificata (302.6) DG altra (302.6)	Disforia di genere	Nuovo nome e sezione. Criteri più restrittivi per i bambini. Criteri più ampi per gli adulti. Centralità della sofferenza soggettiva come problema principale e non dell'identità per sé.

Note. DIG=Disturbo dell'Identità di Genere; DG=Disforia di Genere; NAS=Non Altrimenti Specificato; DIGAEATNT=Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza o dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale.

1.1.1.1 DSM-III e DSM-III-R

Il DSM-I (APA, 1952) e il DSM-II (APA, 1968) inserivano i soggetti con problematiche legate al genere all'interno della categoria delle Deviazioni Sessuali, nella quale si trovavano anche l'omosessualità e il travestitismo. Con il DSM III (APA, 1980) viene introdotta la categoria dei Disturbi Psicosessuali, comprendente quattro sottosezioni: i Disturbi di Identità di Genere, le Parafilie, le Disfunzioni Psicosessuali e Altri Disturbi Psicosessuali. In particolare la categoria dei Disturbi di Identità di Genere comprendeva a sua volta tre sottosezioni: Il Disturbo d'Identità di Genere nell'Infanzia, il Transessualismo e il Disturbo Psicosessuale Non Altrimenti Specificato. Il DSM-III introduce quindi per la prima volta la diagnosi di "Transessualismo" per individui che da almeno due anni mostrano un desiderio persistente di apportare una trasformazione al proprio sesso e al loro ruolo di genere nella società. Criteri fondamentali per il Disturbo d'Identità di Genere nell'infanzia erano un desiderio forte e persistente di essere un bambino/una bambina, o un'insistente

affermazione di essere un bambino/una bambina (all'opposto rispetto al genere assegnato alla nascita); per le bambine, un forte rifiuto delle proprie strutture anatomiche femminili; per i bambini, invece, un forte rifiuto per le proprie strutture anatomiche maschili o un interesse per le attività stereotipicamente femminili. Un'altra differenza tra maschi e femmine era nel fatto che il criterio B fosse centrato per le bambine sul diniego del corpo femminile (ad es. la presenza di affermazioni riguardanti il non avere una vagina, o la convinzione di avere un corpo in cui non si svilupperà il seno), mentre per i bambini il criterio si concentrava sull'insoddisfazione di avere un corpo maschile (es. disgusto per il proprio pene e testicoli). Queste differenze tra maschi e femmine sono state mantenute fino all'edizione DSM-IV-TR (Zucker, 2010).

Nell'edizione rivista DSM-III-R (APA, 1987) i Disturbi dell'Identità di Genere vengono invece collocati nella categoria dei *disturbi che usualmente compaiono per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza*, e sono: il Disturbo dell'Identità di Genere della Fanciullezza, il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza o dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale (DIGAEATNT), e il Transessualismo; inoltre, il Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato (DIG NAS) descrive alterazioni dell'identità di genere non classificabili come disturbi dell'identità di genere. La diagnosi DIGEATNT era stata inserita per comprendere quelle persone che non avessero intenzione di effettuare operazioni chirurgiche, ma allo stesso tempo avessero esperienza di un'identità di genere non conforme (Bradley et al., 1991; Levine, 1989).

1.1.1.2 DSM-IV e DSM-IV-TR

Nel DSM-IV (APA, 1994) il quadro diagnostico si semplifica e arriva a comprendere un unico disturbo (il Disturbo d'Identità di Genere, suddiviso in tre sottotipi: il DIG nei bambini, il DIG negli adolescenti e negli adulti e il DIG non altrimenti specificato) che viene spostato dalla sezione dei disturbi infantili a quelli dell'età adulta e collocato all'interno della sezione *Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere*. Viene rimossa la diagnosi DIGEATNT, per due motivi principali: da una parte era poco chiaro il confine tra questa diagnosi e quella di "transessualismo", dall'altra si voleva

disgiungere la diagnosi clinica della varianza di genere dai criteri utili per approvare le operazioni di riassegnazione chirurgica (Bradley et al., 1991; Bradley & Zucker, 1997). Il sottocomitato predisposto alla revisione della diagnosi affermò di voler ridurre le differenze tra maschi e femmine, criticate da diversi autori (vedi ad es. Zucker & Spitzer, 2005), e per questo motivo il criterio riguardante il desiderio espresso di essere del sesso opposto divenne lo stesso per i due generi. Un'altra novità era che lo stesso criterio non era più richiesto per una diagnosi nel DSM-IV, sulla base del fatto che – come dimostravano le esperienze cliniche – nella maggior parte dei bambini con identità di genere non conforme, tale desiderio solo di rado è verbalizzato (Bradley et al, 1991). In generale, se il focus della terza edizione metteva al centro l'identità, la quarta edizione ha posto invece l'accento sui comportamenti (Beek et al, 2016). Sei anni dopo, nel DSM-IV-TR (APA, 2000) il DIG viene infatti definito dai seguenti criteri diagnostici:

A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto).

Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso;
2. nei maschi, preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili;
3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto;
4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto;
5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.

Negli adolescenti e negli adulti l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o di essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione che il proprio pene o i testicoli li disgustano, o che scompariranno, o che sarebbe meglio non avere il pene, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei giocattoli, giochi e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, affermazione di avere o che crescerà loro il pene, o di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni, o marcata avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie (per esempio, richiesta di ormoni, interventi chirurgici, o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro del sesso opposto, o convinzione di essere nati del sesso sbagliato).

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.

D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento.

Una novità importante è l'aggiunta del Criterio D alla diagnosi per l'infanzia. Nella quarta edizione del DSM, tale criterio è stato aggiunto a circa metà delle diagnosi, in risposta alle critiche che accusavano il DSM di essere iper-inclusivo. L'idea era quella di ridurre i falsi positivi, con l'aggiunta di un criterio che identificasse esplicitamente la presenza di disagio e compromissione del funzionamento (Spitzer & Wakefield, 1999). Nonostante la presenza di questo criterio, la diagnosi per l'infanzia ricevette comunque diverse critiche: secondo alcuni, rispetto alla diagnosi precedente, presentava una soglia troppo bassa, per la quale si sarebbero creati ancora più falsi positivi (Haldeman, 2000; McGann, 2007).

1.1.1.3 DSM-5

Il passaggio alla quinta edizione segna per molti esperti la trasformazione più importante nella diagnosi – ma anche nella concezione – delle condizioni transessuali. In seguito a critiche provenienti da ambiti diversi (es. Bartlett, Vasey, & Bukowski, 2000; Hill, Rozanski, Carfagnini, & Willoughby, 2006; Meyer-Bahlburg, 2009; Vance et al., 2010; Winters, 2005), che individuavano nella tassonomia DSM aspetti fortemente stigmatizzanti, il dilemma principale divenne quello di ridurre la discriminazione, assicurando allo stesso tempo l'accesso alle cure agli individui che le necessitassero (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Zucker et al., 2013).

Nel DSM-5 (APA, 2013), infatti, il Disturbo dell'Identità di Genere diventa *Disforia di Genere*. Secondo il *DSM-5 Subworkgroup on Gender Identity* la nuova diagnosi riflette meglio il nucleo del problema, ovvero la sofferenza che accompagna “l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato” (Narrow & Cohen-Kettenis, 2010). Nel manuale si afferma che tale diagnosi è più descrittiva e più accurata rispetto alla precedente perché si concentra sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé. Inoltre, la diagnosi è collocata in una sezione separata con lo stesso nome di “disforia di genere”, disgiunta quindi dalle parafilie e dalle disfunzioni sessuali. Sulla base di molti studi (es. Deogracias, et al., 2010; Paap et al., 2011) i criteri A e B sono stati accorpati e la terminologia usata non è più binaria (Zucker et al., 2013). Nel DSM-IV identità di genere e ruolo di genere erano infatti stati considerati come dicotomici (maschile/femminile); nel DSM-5 gli stessi concetti assumono uno spettro di significati e diventano multi-categoriali (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Zucker et al., 2013). Il termine ‘sesso’ è rimpiazzato dal termine ‘genere’, per evitare confusioni con i disturbi dello sviluppo sessuale. Un'altra novità importante è l'aggiunta di un criterio temporale di 6 mesi (per bambini, adolescenti e adulti), per distinguere le disforie di genere transitorie da quelle persistenti. Rispetto alla diagnosi per l'infanzia, il criterio A1 ‘Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto’ è ora necessario (ma non sufficiente) per la diagnosi. In questo modo i criteri del DSM-5 sono più restrittivi e più “trasparenti rispetto al loro obiettivo di identificare bambini che sono, al di là di ogni

ragionevole dubbio, in lotta con la loro identità di genere” (Zucker, 2010). Infine, il ‘desiderio espresso’ è sostituito dal ‘forte desiderio’, in modo da includere bambini che potrebbero non esprimere la loro disforia a causa di ambienti non accoglienti o coercitivi (Zucker et al., 2013).

I criteri diagnostici sono i seguenti:

Disforia di genere nei bambini:

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell’abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l’indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del “far finta” o di fantasia.
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
6. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Negli adolescenti e negli adulti:

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).

2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).

3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.

4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

1.1.2 ICD e il dibattito sulla necessità della diagnosi

Lo stesso aspetto dilemmatico che ha dominato la discussione teorica nel passaggio tra DSM-IV-TR e DSM-5, ovvero la mediazione tra la depatologizzazione e la necessità di mantenere un'etichetta diagnostica che permetta alle persone trans di essere prese in carico dai sistemi sanitari nazionali, anima in misura ancora maggiore il dibattito intorno alla diagnosi da inserire nell'undicesima versione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11), prevista per il 2018. Un altro tema molto dibattuto è se mantenere o no la diagnosi per l'infanzia.

Nella storia della tassonomia diagnostica dell'ICD, la diagnosi relativa alla varianza di genere compare per la prima volta nella nona edizione (ICD-9; WHO, 1975) nella categoria dei 'disturbi o deviazioni sessuali', accanto al travestitismo, come 'trans-sessualismo'. È con l'ICD-10 (WHO, 1992), però, che la diagnosi assume più rilevanza, grazie alla creazione della nuova categoria dei 'disturbi dell'identità di genere' (F64) all'interno del grande gruppo dei 'disturbi del comportamento adulto e della personalità'. La nuova categoria comprendeva cinque diagnosi: transessualismo (F64.0), travestitismo a ruolo doppio (F64.1), disturbo dell'identità di genere dell'infanzia (F64.2), altri disturbi dell'identità di genere (F64.3) e disturbo dell'identità di genere, non altrimenti specificato (F64.4).

Nella preparazione della nuova edizione, un team di esperti è stato chiamato dall'Organismo Mondiale della Sanità a formare il *Working Group on Classification of Sexual Disorders and Sexual Health (WGSDSH)* per aggiornare le categorie diagnostiche e per decidere se inserire o no le stesse categorie nell'ICD-11. Il gruppo ha compiuto una revisione estesa della letteratura scientifica e, almeno al momento della scrittura di questo lavoro, si è espresso a favore del mantenimento della diagnosi, con il nome di 'Incongruenza di genere', rimuovendola però dal capitolo dei disturbi mentali e del comportamento (Drescher et al., 2012; Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016). Il percorso per arrivare a questa scelta non è stato privo di controversie.

Il dibattito sulla necessità di una diagnosi risale all'inizio degli anni '90, quando si sono iniziate a sollevare le prime voci critiche contro le diagnosi per l'identità di genere in generale, e nello specifico per l'infanzia (Drescher et al., 2016). In seguito all'inclusione nel DSM-III della diagnosi del disturbo dell'identità di genere per l'infanzia, ad esempio, la teorica queer/femminista Eve Kosofsky Sedgwick (1993) affermò che in quel modo si forniva una scappatoia per restaurare la diagnosi dell'omosessualità, rimossa dalla stessa edizione del DSM. Secondo l'autrice, la diagnosi forniva argomenti per trattare i bambini non conformi per il genere e prevenire quindi l'omosessualità adulta. Una posizione simile fu adottata da Richard Isay (1997) secondo il quale la stessa diagnosi etichettava i bambini 'pre-omosessuali' come disturbati psichicamente. Più di recente Ehrbar, Witty, Ehrbar e Bockting (2008) hanno sollevato la questione della difficoltà di distinguere i bambini che soffrono una vera e propria disforia di genere da quelli che presentano una più generale non conformità di genere (che, come vedremo nel par. 1.2.3.2, esita nella maggior parte dei casi in un'omosessualità adulta). Anche singoli Stati e organizzazioni governative hanno preso posizione sulle diagnosi relative all'identità di genere: in Svezia nel 2009 il Ministero della Salute ha rimosso la diagnosi per l'infanzia dalla versione svedese dell'ICD-10, sostenendo che non ci sono sufficienti prove mediche per mantenerla; nel 2015 il Parlamento Europeo all'unanimità ha chiesto all'OMS di rimuovere i disturbi dell'identità di genere dal gruppo dei disturbi mentali e del comportamento, e di scegliere una nuova classificazione non patologizzante (European Commission, 2015). Le diagnosi sono state spesso avversate anche dalle associazioni e dai gruppi per i diritti LGBT. Nel processo di revisione dell'ICD-11 l'associazione statunitense Global Action for Trans* Equality (GATE, 2013), ha indirizzato un comunicato al *Working group* sostenendo che nell'infanzia non c'è nessun bisogno di avere una diagnosi, dal momento che gli interventi come la terapia ormonale o la chirurgia (che richiederebbero una diagnosi, nella maggior parte degli Stati) avvengono solo successivamente; una diagnosi precoce quindi non solo non sarebbe necessaria, ma potrebbe patologizzare normali varianti dello sviluppo sessuale. Il GATE ha proposto di usare le categorie 'Z' dell'ICD, ovvero di inserire l'incongruenza di genere nel capitolo sui "fattori che influenzano la salute e il contatto con i servizi

sanitari”); una categoria che non descrive disturbi o sindromi, ma che potrebbe essere utile per far rientrare le persone trans nelle *policies* nazionali sanitarie pubbliche. Molti degli esperti internazionali, a capo dei centri specialistici più importanti, si sono invece espressi a favore del mantenimento delle diagnosi (es. Cohen-Kettenis, 2001; Zucker, 2010), affermando la necessità, per i bambini come per gli adulti con disforia di genere, di essere seguiti in centri specializzati dove équipe multi-disciplinari di esperti possano gestire le molte complessità presentate da queste famiglie; anche e soprattutto per rendere possibili interventi di riduzione dello stigma a livello familiare, scolastico e sociale. Infine, nel 2013 l’associazione internazionale principale per la salute delle persone trans, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ha contattato un gruppo di esperti e ha organizzato una votazione per la rimozione della diagnosi dall’ICD-10, ottenendo un voto spaccato a metà (WPATH, 2013). Un risultato simile è stato ottenuto con un sondaggio fatto tra tutti i membri dell’Associazione (De Cuypere & Knudson, 2015; Winter, De Cuypere, Green, Kane, & Knudson, 2016).

Al momento, quindi, la scelta del *Working group* sembra andare nella direzione del mantenimento della diagnosi di ‘Incongruenza di genere’, all’interno della nuova sezione ‘Condizioni relative alla salute sessuale’, nelle due forme di *Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood* (GIAA) e, per i bambini pre-puberi, *Gender Incongruence of Childhood* (GIC). I motivi di questa scelta sono esposti da Drescher et al. (2016) in un recente articolo pubblicato sulla rivista *Lancet*, nel quale affermano che il mantenimento di una diagnosi è necessario per la presa in carico nella maggior parte dei paesi (l’inserimento all’interno dei codici Z ad esempio non permetterebbe il rimborso delle spese mediche da parte di molte assicurazioni sanitarie statunitensi). La nuova diagnosi inoltre è rimossa dal gruppo dei disturbi mentali e del comportamento e va quindi nella direzione di una decisa de-stigmatizzazione: la dicitura ‘incongruenza’ è meno patologizzante di ‘disforia’, perché non implica automaticamente una sofferenza. Gli autori, infine, affermano con decisione che l’eliminazione della diagnosi per l’infanzia esporrebbe i bambini con varianza di genere a molti rischi per la salute: il mantenimento della diagnosi implica lo sviluppo di centri specialistici che aiutino le

famiglie a comprendere meglio il fenomeno e promuove la necessità di training specialistico per i professionisti della salute – spesso completamente all’oscuro di tali problematiche (es. Sood, 2009; WHO, 2015).

1.1.3 PDM-2, l’esperienza soggettiva dell’incongruenza di genere

In linea con la direzione presa per la revisione dell’ICD-11, anche la seconda e ultima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017) usa l’etichetta diagnostica ‘Incongruenza di genere’ (codice: Sapp3). La diagnosi è presente nelle diverse sezioni del manuale (Prima infanzia, Infanzia, Adolescenza, Adulti, Anziani) all’interno di speciali appendici definite ‘Psychological Experiences That May Require Clinical Attention’ dell’Asse S, relativa all’esperienza soggettiva. Questa categoria descrive “esperienze soggettive di particolari popolazioni, i cui membri si possono rivolgere ai servizi per la salute mentale a causa delle difficoltà associate ad alcune situazioni, che però non possono essere considerate patologiche in quanto tali” (p. 139) e comprende le minoranze etniche, culturali, linguistiche, religiose e politiche (Sapp1), le popolazioni gay, lesbiche e bisessuali (Sapp2) e le persone con incongruenza di genere (Sapp3). Alla base c’è la concezione che, come per l’omosessualità, non c’è motivo di considerare un’identità di genere non conforme come patologica in quanto tale. Tuttavia è una condizione che, per diversi motivi, può presentare problematiche associate e richiedere quindi l’attenzione dei clinici (vedi anche par. 1.2.3.3).

Per quanto riguarda l’età adulta e l’adolescenza, l’esperienza soggettiva dell’incongruenza è descritta come “una marcata e persistente mancanza di allineamento tra il genere di cui un individuo fa esperienza (senso si sé) e il genere assegnato alla nascita (natale)” (p. 242), che porta a un desiderio di vivere e essere accettati come una persona del genere esperito soggettivamente. Gli stati affettivi associati comprendono ansia, depressione, ideazione suicidaria, rabbia contro la propria anatomia, panico per gli adolescenti durante la pubertà, e piacere e soddisfazione quando è permessa

un'espressione libera della propria identità di genere. Il pattern cognitivo principale è quello della forte preoccupazione legata al genere, che può avvicinarsi all'ossessione, che di solito diminuisce o sparisce con la transizione. Per gli adolescenti è indicata anche l'associazione possibile con i disturbi dello spettro autistico (vedi par. 1.2.3.3). Dal punto di vista degli stati somatici, le persone che non hanno compiuto una transizione sono caratterizzate da un forte disagio rispetto alla propria anatomia, per il quale adolescenti e adulti cercano di mascherare o modificare le caratteristiche sessuali secondarie con l'assunzione di ormoni, l'uso di operazioni chirurgiche o l'utilizzo di strumenti speciali (come ad esempio *binder* per lo schiacciamento del seno o l'ostruzione delle erezioni). Per quanto riguarda i pattern relazionali, la maggior parte degli individui vive relazioni omosessuali prima della transizione, alcuni invece compiono transizioni tardive dopo matrimoni eterosessuali o anche dopo la nascita di figli. Infine, l'esperienza soggettiva del terapeuta (controtransfert) può comprendere ansia, preoccupazione, repulsione o curiosità voyeuristica.

Per quanto riguarda l'*infanzia*, la diagnosi è simile a quella per gli adulti, con una maggiore enfasi posta sui comportamenti. Tra gli stati somatici è infatti menzionata l'espressione dell'incongruenza di genere al livello comportamentale, come l'urinare in posizione seduta per i maschi, o in piedi per le femmine. Molta rilevanza è data anche ai percorsi di sviluppo, per i quali il Manuale descrive una grande variabilità, e un'impossibilità nell'infanzia di stabilire con strumenti attendibili in quali casi l'incongruenza persisterà o desisterà dopo la pubertà (vedi cap. 1.2.3.2).

1.2 Dimensioni del transessualismo contemporaneo: diffusione, eziologia, percorsi di sviluppo

Abbiamo visto nella prima parte del capitolo quanto siano complesse le vicende diagnostiche dei fenomeni legati alla varianza di genere; dovrebbe essere a questo punto chiaro, quindi, quanto sia difficile stimare le dimensioni di tali fenomeni, dal momento che anche solo la loro identificazione risulta essere molto problematica. In questa sezione, basandomi sulle ricerche più recenti, tenendo a

mente la complessità dell'argomento, fornirò alcuni dati relativi allo stato attuale della ricerca su diffusione, eziologia e percorsi di sviluppo della varianza di genere.

1.2.1 Diffusione o “epidemiologia”

Per descrivere la diffusione delle condizioni transessuali, farò riferimento ad alcune importanti rassegne recenti (Arcelus et al., 2015; Fuss, Auer, & Bricken, 2015; Zucker, 2017; Zucker, Lawrence, & Kreukels, 2016). I dati saranno esposti differenziando tra infanzia e adolescenza ed età adulta. In generale, tutti gli studi parlano di una grande variabilità e di una difficoltà nel trovare strumenti attendibili per la valutazione. Diversi studi segnalano che le dimensioni potrebbero essere molto sottostimate, e che le percentuali di varianze di genere nelle popolazioni siano in realtà molto più alte di quelle registrate (es. Fuss et al., 2015).

1.2.1.1 Infanzia e adolescenza

La prevalenza della varianza di genere nei bambini e negli adolescenti varia in modo significativo tra i diversi Paesi (Fuss et al., 2015). Gli studi condotti in modo sistematico sono molto scarsi. Il primo è stato quello di Clark et al. (2014) sulla popolazione adolescente neozelandese, che ha trovato una percentuale intorno all'1,2% di studenti della scuola secondaria che si identificassero come transgender, e un 2,5% che si dichiarassero incerti rispetto al proprio genere. Una percentuale simile è stata trovata da uno studio americano condotto da Shields, Ryan, e Cicchetti (2013) che ha trovato in un campione ampio di studenti di scuola media un 1,3% che si identificasse come transgender. Uno studio statunitense più recente (Eisenberg et al., 2017) ha valutato invece più di ottanta mila studenti dei licei del Minnesota, trovando una percentuale di 3,6% di femmine biologiche e di 1,7% di maschi biologici che si identificassero come “transgender, genderqueer, genderfluid o incerte rispetto al genere”. Secondo Ken Zucker (2017), uno dei massimi esperti internazionali, a lungo a capo del centro specialistico per bambini e adolescenti di Toronto in Canada, queste stime sono da

prendere con grande cautela, perché nessuno di questi studi usa criteri per una vera e propria diagnosi. È probabile infatti che non tutti i bambini e adolescenti che si dichiarano transgender possano rientrare in una delle classificazioni descritte nella sezione precedente, tuttavia è un dato assodato che tutti i centri specializzati, in diverse parti del mondo, hanno registrato negli ultimi anni un aumento vertiginoso dei pazienti (ad esempio nel Gender Identity Development Service di Londra si è passati da 97 *referrals* nel 2009, a più di 2000 nel 2016¹). Si vedano a questo riguardo il lavoro statunitense di Chen, Fuqua, e Eugster (2016), quello canadese di Wood et al. (2013), quello olandese di Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, e Cohen-Kettenis (2013), e quello europeo di Kreukels et al. (2012). Un dato molto interessante, e ricorrente tra gli studi, è l'aumento di pazienti femmine per nascita. Tradizionalmente, i pazienti nei centri specializzati per l'infanzia e l'adolescenza sono sempre stati più maschi (sempre dal punto di vista del sesso biologico) che femmine (Zucker, 2017); negli ultimi anni invece si è assistito per gli adolescenti a un'inversione del trend, con rapporti M:F che variano tra 1:2 e 1:6 (es. Aitken et al., 2015; Kaltiala-Heino et al., 2015) e per i bambini sotto i 12 anni a un appianamento del rapporto, passato dai 5:1 degli studi precedenti (es. Di Ceglie et al. 2002; Zucker et al., 1997) a situazioni di sostanziale parità 1:1 (es. Wood et al., 2013).

1.2.1.2 Età adulta

Per gli adulti, il DSM-5 e le rassegne più recenti (Arcelus et al., 2015; Zucker, 2017) riportano percentuali molto più basse: il DSM-5 descrive una prevalenza tra 5 e 14 per 1000 adulti biologicamente maschi, e tra 2 e 3 su 1000 per adulti femmine, mentre gli studi presenti nella rassegna di Arcelus e collaboratori descrivono rapporti di 1:14705 per i maschi e 1:38461 per le femmine. La discrepanza con i numeri relativi a bambini e adolescenti è da una parte legata senza dubbio ai cambiamenti socio-culturali, e alla maggiore accettazione (e libera espressione) tra le nuove generazioni delle identità non conformi; allo stesso tempo però bisogna considerare che la maggior

¹ Dati presentati da Polly Carmichael e Bernadette Wren alla conferenza 'Hot Topics in Child Health: Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents' tenutasi a Londra nel giugno del 2017, al Royal College of Paediatrics and Child Health.

parte degli studi sugli adulti ha considerato solo i pazienti seguiti dai centri specializzati, mentre gli studi sugli adolescenti hanno usato principalmente questionari somministrati alla popolazione generale. A questo riguardo è interessante lo studio di Conron, Scott, Stowell, e Landers (2012), che tramite un sondaggio telefonico in un campione di ventotto mila centosettantasei adulti (età compresa tra 18–64 anni) hanno trovato che lo 0,5% si considerava transgender (vedi anche Kuyper & Wijsen 2014; Van Caenegem et al. 2015; Zucker, 2017).

È chiaro quindi come le osservazioni varino al variare dello strumento utilizzato, e al variare del costrutto indagato. Un dato certo è che la popolazione con varianza di genere sia in aumento, e che sempre più bambini e adolescenti (ultimamente più femmine alla nascita che maschi) facciano esperienza e esprimano un'identità di genere non allineata con il sesso biologico. Le cause di questo aumento non sono ancora chiare, e di sicuro coinvolgono più fattori, uno dei quali è senza dubbio la diffusione di internet, che permette ai giovani di mettersi in contatto con associazioni e comunità dove poter esprimere liberamente la loro identità, raccogliere informazioni sul percorso da seguire e unirsi a network di transgender adolescenti e adulti e di famiglie con bambini di genere non conforme (vedi a questo riguardo la sezione del PDM-2 sull'incongruenza di genere in adolescenza).

1.2.2 Studi sull'eziologia

Come per la storia delle diagnosi, anche la ricerca dei fattori causali alla base della disforia/incongruenza di genere è andata nel corso del tempo verso una complessità crescente. Nelle prime interpretazioni della psichiatria e della psicoanalisi sono stati spesso isolati fattori singoli, di natura più psicosociale che costitutiva, come esperienze traumatiche nelle relazioni di accudimento (es. Coates & Person, 1985), relazioni invischiate con figure genitoriali (es. Stoller, 1968), o sintomi secondari di disturbi più pervasivi (Zucker & Bradley, 1995). Queste teorie, formulate nella maggior parte dei casi basandosi su esperienze cliniche dirette, non sono mai state sostanziate da dati empirici. Per questo motivo, oggi si tende a concepire l'eziologia della varianza di genere come multifattoriale

(de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Di Ceglie, 2014) e il suo sviluppo viene letto in un quadro complesso bio-psico-sociale (de Vries et al., 2014), in cui concorrono fattori biologico-costitutivi e fattori psico-sociali. Negli ultimi anni, tuttavia, la letteratura si è concentrata più sui fattori biologici (per una rassegna, si veda Erickson-Schroth, 2013). L'indagine scientifica sui fattori psicosociali si è invece rallentata, soffrendo forse dell'eredità scomoda di alcune posizioni troppo riduzionistiche, come le teorie di Leslie Lothstein (1984) che riconduceva il transessualismo al disturbo borderline di personalità, o Colette Chiland (2003) che lo interpretava come un sintomo psicotico.

Uno degli obiettivi di questa mia ricerca, come vedremo più avanti, è proprio quello di riportare l'attenzione sulla potenzialità della ricerca psicologica clinica e dinamica (che sia naturalmente priva di preconcetti) per indagare a fondo le complessità del transessualismo. Seguirà una breve rassegna dei principali fattori causativi individuati dalla letteratura più recente.

1.2.2.1 Fattori biologico-costitutivi

Per quanto riguarda i fattori biologico-costitutivi, gli studi si sono concentrati sugli aspetti genetici, sui livelli ormonali, sugli indicatori dell'esposizione pre-natale ad ormoni e su aspetti neuroanatomici (Erickson-Schroth, 2013; Meyer-Balburg, 2009).

Per quanto riguarda gli *aspetti genetici*, gli studi più importanti sono stati svolti sull'ereditarietà all'interno delle famiglie, sui gemelli e sulla presenza di variazioni cromosomiche. Rispetto agli studi sull'ereditarietà, è stata dimostrata una maggiore presenza di parenti transgender in individui transgender (es. Green, 2000; Gómez-Gil, Esteva, Almaraz, Pesaro, Segovia, & Guillamon, 2010; Veale, Clarke, & Lomax, 2010), ma è impossibile determinare se il motivo sia genetico o ambientale. Gli studi sui gemelli finora non hanno dimostrato differenze significative tra gemelli monozigoti ed eterozigoti e gli studi sulle variazioni cromosomiche non hanno mai trovato particolari configurazioni varianti nei campioni trans studiati.

Anche dagli studi sui *livelli ormonali* non sono giunti risultati chiari (Erickson-Schroth, 2013), tuttavia i dati presenti in letteratura inducono a pensare che l'esposizione prenatale a ormoni sessuali

potrebbe avere un'influenza sia sull'identità di genere sia sull'orientamento sessuale, ma le correlazioni trovate negli studi sono molto deboli e i campioni studiati troppo esigui. Altri studi si sono concentrati sugli *indicatori* dell'esposizione prenatale agli ormoni sessuali, come ad esempio la *Second-to-fourth digit ratio (2D:4D)*, ovvero il rapporto tra la lunghezza del dito indice e anulare della mano destra nei maschi biologici, che di solito è minore rispetto alle femmine. Uno studio ha trovato in un campione di MtoF (vedi glossario nell'Appendice A) un rapporto medio più simile a quello femminile (Kraemer et al., 2006); un altro studio invece non ha trovato differenze (Wallien, Zucker, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2008).

Altro ambito molto studiato è stato quello delle differenze nella *morfologia del cervello* tra persone transgender e cisgender (vedi glossario). Due studi hanno trovato post-mortem dimensioni del cervello negli MtoF più simili alle medie femminili che maschili (Kruijver et al., 2000; Zhou, Hofman, Gooren, & Swaab, 1995). In questo caso però non si può sapere se le differenze sono legate a esposizioni prenatali ad ormoni, o piuttosto all'assunzione di ormoni avvenuta successivamente. Un altro studio ha scoperto in un campione di MtoF il volume del putamen simile a quello di femmine cisgender (Luders et al., 2009). Anche in questo tipo di studio, tuttavia, i campioni sono sempre stati ridotti, pertanto i risultati sono difficilmente generalizzabili.

1.2.2.2 Fattori psico-sociali

Tra i fattori psicosociali, i più studiati sono quelli legati alle figure genitoriali. Due studi hanno collegato il transessualismo a figure paterne fredde, distanti o controllanti (Cohen-Kettenis & Arrindell, 1990; Parker & Barr, 1982). Altri due studi hanno riportato per campioni MtoF una maggiore possibilità, rispetto a campioni di controllo, di avere genitori che desideravano una bambina piuttosto che un bambino (Buhrich & McConaghy, 1978; Hogan-Finlay, 1995). Inoltre, Buhrich e McConaghy nel loro campione hanno trovato madri più coinvolte e padri meno impegnati nell'accudimento. Un altro ambito molto indagato è quello degli abusi subiti, su cui il lettore è rimandato al par. 2.3.3.1.

Zucker e Bradley (1995) hanno invece descritto un'interazione tra la vulnerabilità temperamentale del bambino e alcuni aspetti dei genitori (difficoltà nella regolazione affettiva e nel senso di adeguatezza genitoriale) che spingono il bambino o la bambina a identificarsi con l'altro genere, percepito come più competente. In generale, è molto complicato cogliere l'effetto eziopatogenico dei fattori psicosociali su aspetti così complessi come quelli identitari. Nel prossimo paragrafo, invece, vedremo quanto gli stessi aspetti siano centrali nei percorsi di sviluppo delle identità di generi non conformi.

1.2.3 Percorsi di sviluppo

Abbiamo letto i fenomeni della varianza di genere attraverso le trasformazioni diagnostiche, ne abbiamo studiato la diffusione e abbiamo esplorato alcune ipotesi eziologiche. Abbiamo visto come il fenomeno negli ultimi anni abbia avuto un'esplosione che riguarda in particolare bambini e adolescenti. In questa sezione verrà analizzato un altro ambito di grande complessità, quello delle diverse traiettorie di sviluppo percorse dalle persone con un'identità di genere non conforme, a partire dai primi anni di vita fino all'età adulta. Una fase fondamentale e critica per lo sviluppo dell'identità di genere, come vedremo, è quella della pubertà, cui sarà dedicato il paragrafo 1.2.3.3, dove sarà discusso l'uso terapeutico degli ormoni bloccanti per la sospensione dello sviluppo puberale.

1.2.3.1 Sviluppo dell'identità di genere

Prima di osservare le traiettorie di sviluppo delle identità non conformi, è bene fornire qualche accenno allo sviluppo generale dell'identità di genere. Se le teorie sull'eziologia, come abbiamo visto, si sono concentrate più sui fattori genetici e costitutivi, gli autori che hanno descritto i percorsi di sviluppo dell'identità di genere pongono l'enfasi sull'ambiente e sull'interazione che il bambino ha, fin dalle età più precoci, con le figure genitoriali e con la cultura della società in cui è immerso.

Possiamo affermare con certezza che l'identità di genere, ovvero il grado nel quale una persona fa esperienza di sé come appartenente a un genere specifico, si stabilizza molto precocemente. In ambito psicodinamico, Robert Stoller (1968) ha fatto risalire la formazione dell'identità di genere al terzo anno di vita. Lo sviluppo poi prosegue, con i processi della fase fallica e le vicende edipiche, ma è in questa fase primitiva che si forma il *nucleo dell'identità di genere*, che rimarrà immutabile per tutto il resto della vita. Questa entità nucleare, secondo Stoller, è determinata da fattori biologico-ormonali, dai genitali esterni (le cui caratteristiche determinano l'assegnazione da parte dei medici e dei genitori del sesso alla nascita) e da componenti relazionali, in particolare i comportamenti agiti dalla madre in riferimento al ruolo di genere del figlio o della figlia. Nell'ambito della psicologia cognitiva, invece, gli studi più importanti sono di Lawrence Kohlberg (1966) che ha definito l'identità di genere come la capacità del bambino o della bambina di "auto-categorizzarsi cognitivamente come maschio o femmina" (p.88) e quelli di Carol Martin e collaboratori (Martin & Halverson, 1983; Martin, Ruble, & Szkrybalo, 2002). Secondo Kohlberg la cosiddetta 'costanza di genere' (*gender constancy*), la capacità che permette l'attribuzione a se stessi e ad altri di un'etichetta di genere (*gender labeling*) in modo continuativo, si acquisisce tra i 5 e i 7 anni. Martin e collaboratori, invece, aggiornando la *Gender Schema Theory* di Sandra Bem (1981), sostengono che i bambini, una volta che imparano l'uso delle categorie di genere, sviluppano degli schemi cognitivi basati sui ruoli di genere della società cui appartengono, e regolano di conseguenza la loro identità di genere sulla base di questi schemi. Secondo questa teoria, per mantenere una coerenza cognitiva, i bambini sono motivati a comportarsi in modi compatibili con gli stereotipi di genere. Gli schemi sono reti organizzate di associazioni mentali, contenenti informazioni su loro stessi e sui diversi sessi, che regolano l'elaborazione delle informazioni e il comportamento (per una rassegna, vedi Martin et al., 2002). Secondo gli autori, il contatto e l'assimilazione degli stereotipi avviene anche prima dell'acquisizione della costanza di genere, attraverso i segnali presenti nell'ambiente di crescita (es. colore della stanza e dei vestiti, lunghezza dei capelli, ecc.). La preferenza per i giochi stereotipicamente associati a un genere o all'altro (*sex-typed*), esiste ad esempio già a partire dai 12

mesi (Jadva, Hines, & Golombok, 2010): i maschi, ad esempio, mostrano più interesse verso le macchinine rispetto alle bambole, e viceversa. È interessante come la preferenza sia accordata al tipo di giocattolo e non al colore (ad es. le bambine preferiscono bambole blu a macchinine rosa). La preferenza per i colori tipicamente associati ai due generi compare più tardi, verso i 3 anni. Verso i 5 anni iniziano a comparire in modo più evidente le differenze comportamentali: nei giochi a scuola le bambine sono più competenti nel risolvere conflitti e i maschi scelgono in media soluzioni più aggressive sul piano verbale e fisico (Walker, Irving, & Berthelsen, 2002). Alle elementari le differenze nella gestione dell'aggressività si appianano, ma nei maschi rimangono più frequenti le verbalizzazioni aggressive in seguito a frustrazioni (es. perdita in un gioco al computer) (Underwood, Underwood, & Wood, 2000). Uno studio interessante di Golombok, Rust, Zervoulis, Golding, e Hines (2012) ha dimostrato che il grado di comportamento *sex-typed* nei bambini tra i 12 e i 24 mesi predice il grado di comportamento *sex-typed* in adolescenza, suggerendo quindi che rimanga costante e stabile. Lo stesso comportamento si intensifica intorno alla pubertà. In adolescenza, infatti, avviene quella che Hill e Lynch (1983) hanno definito *gender intensification*. In quest'età, la pressione crescente a conformarsi ai ruoli di genere esita in ulteriori identificazioni stereotipizzate. A questo riguardo è molto interessante il recentissimo numero speciale del *Journal of Adolescent Health* (vol. 61/4, 2017), nel quale sono esplorati i ruoli di genere con cui si identificano gli adolescenti e i pre-adolescenti oggi, trovando, in molte parti del mondo, un'adesione rigida agli stereotipi ancora più evidente che in passato (es. Blum, Mmari, & Moreau, 2017; De Meyer et al., 2017).

1.2.3.2 Sviluppo delle identità di genere non conformi

Nel momento in cui i comportamenti *sex-typed* emergono, alcuni bambini mostrano i segni di uno sviluppo atipico per il genere, a partire da età molto precoci. I bambini con varianza di genere possono esprimere il desiderio di essere dell'altro genere appena iniziano a parlare (Cohen-Kettenis, 2005; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003). A tale riguardo uno studio longitudinale di Steensma et al.

(2013) ha dimostrato che i bambini che precocemente affermano di “essere dell’altro genere” rispetto a quelli che dicono semplicemente di “volarlo diventare”, hanno più probabilità di cercare la riassegnazione chirurgica di genere in età adulta. Diversi studi, svolti con la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), hanno dimostrato che nei bambini sono più diffusi i comportamenti cross-gender rispetto alle affermazioni di appartenenza all’altro genere: in un ampio campione olandese di bambini di sette anni, ad esempio, si è visto come il 3,4% dei maschi e il 5,2% delle femmine mostrassero frequentemente comportamenti tipici dell’altro genere, contro solo l’1% e 1,7% rispettivamente, che affermassero di voler appartenere o di essere dell’altro genere (Van Beijsterveldt, Hudziak, & Boomsma, 2006). L’identità di genere non conforme rimane poi piuttosto stabile fino alla pubertà, che, invece, nella maggior parte dei casi, sarà un’età-soglia oltre la quale solo una minoranza (intorno al 20%) degli adolescenti con incongruenza di genere manterrà un’identità non conforme. La maggior parte, invece, diventeranno adulti cisgender omosessuali (60%), e un’altra piccola parte adulti cisgender eterosessuali (20%). Questi ultimi due gruppi in letteratura sono definiti *desisters*, ovvero persone in cui la disforia di genere è scomparsa o diminuita in maniera significativa dopo la pubertà. Di converso, gli adulti in cui l’incongruenza di genere continua anche dopo lo sviluppo puberale sono definiti *persisters* (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, VanderLaan, & Zucker, 2008; Steensma et al., 2013). In alcuni individui, inoltre, la disforia di genere può insorgere solo dopo la pubertà (*late onset*). In questo caso, è molto raro che l’incongruenza desista. Come affermano diversi autori (ad es. Drescher & Byne, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008), non è ancora possibile comprendere quali siano i fattori associati alla desistenza o alla persistenza. Come già accennato in precedenza, nel loro studio del 2013, Steensma e collaboratori hanno evidenziato che l’intensità della disforia nell’infanzia potrebbe avere un ruolo: i bambini che affermano di ‘essere’, piuttosto che di ‘volar diventare’ dell’altro genere, una volta adulti, arriveranno con più probabilità alla riassegnazione chirurgica del sesso (Steensma et al., 2013). Questa connessione ha portato alcuni autori, come Diane Ehrensaft, a criticare lo stesso concetto di persistenza/desistenza. Secondo la psicoanalista californiana, i bambini che ‘desistono’ non erano

transgender dall'inizio (ma semplicemente avevano comportamenti non conformi, come molti omosessuali adulti da piccoli), mentre quelli che fin da piccoli presentavano una reale incongruenza di genere, continuano a essere transgender anche dopo lo sviluppo puberale (Ehrensaft, 2012, 2013).

1.2.3.3 Il dilemma dell'uso degli ormoni per la sospensione della pubertà

È un dato accertato che i bambini e gli adolescenti con incongruenza di genere, siano essi *persisters* o *desisters*, sono a rischio fin dalle età più precoci di un'esposizione a diverse vulnerabilità psicologiche, la maggior parte delle quali legate alla insoddisfazione rispetto al proprio corpo (es. Testa, Rider, Haug, & Balsam, 2017) o alla non accettazione all'interno delle famiglie e degli ambienti sociali e scolastici (es. Ristori & Steensma, 2016). I bambini con incongruenza di genere, se confrontati con la popolazione generale, sono risultati spesso più a rischio per i problemi di tipo internalizzante (ad es. depressione, ansia, problemi alimentari) (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Steensma et al., 2014; Zucker, Wood, & VanderLaan, 2014; per una rassegna, vedi Zucker et al., 2012; vedi anche par. 2.3.3.1). Inoltre, un numero ancora limitato ma crescente di studi ha dimostrato per bambini e adolescenti trans un'elevata frequenza di disturbi dello spettro autistico (es. de Vries et al., 2010; Jones et al., 2012). Per questi giovani, in generale, le relazioni familiari e il rapporto con i pari sono di solito molto più negativi se confrontati con i bambini e adolescenti cisgender (es. Cohen-Kettenis et al., 2003; Zucker et al., 2012). In un recente studio italiano, Bandini et al. (2013) hanno dimostrato che i bambini con genere non conforme sono più a rischio di maltrattamenti e abusi. Alcuni studi hanno riportato un'elevata frequenza, nelle storie delle persone transessuali, di abusi sessuali e fisici ad opera di genitori e caregivers (es. Gehring & Knudson, 2005; Nuttbrock et al., 2010; vedi anche par. 2.3.3.1). Infine, diverse ricerche hanno dimostrato che i giovani trans sono a rischio di autolesionismo, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (es. Grossman & D'Augelli, 2006; Skagerberg, Parkinson, & Carmichael, 2013).

Per offrire un supporto adeguato a questi bambini e adolescenti, aiutandoli a gestire la loro incongruenza di genere, affrontando al contempo le problematiche associate, i centri specializzati

hanno messo a punto diversi modelli di intervento. Uno di questi, su cui questa sezione si sofferma, è l'uso degli ormoni bloccanti per la sospensione o soppressione della pubertà. Si tratta di una metodologia che, pur essendo molto discussa, si sta diffondendo in quasi tutti i centri internazionali specializzati per l'infanzia e l'adolescenza.

Il protocollo è stato sviluppato nei Paesi Bassi, all'interno di un modello di intervento che include terapie mediche, psicoterapie, interventi per la famiglia e per la scuola (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008; Cohen-Kettenis, Steensma, & de Vries, 2011; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Consiste essenzialmente in una terapia medica completamente reversibile che sospende lo sviluppo puberale, destinata agli adolescenti che abbiano raggiunto la fase di sviluppo Tanner 2 o 3 (Marshall & Tanner, 1969). Gli ormoni somministrati sono gli analoghi degli ormoni per il rilascio delle gonadotropine (GnRHa). Questo tipo di ormoni interviene sulla ghiandola pituitaria e inibisce la secrezione ormonale, sospendendo temporaneamente la produzione endogena di estrogeni nelle ragazze e di testosterone nei ragazzi. Sono definiti *blockers* o bloccanti, perché inibiscono lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie. Nel modello olandese, grazie a questa sospensione, ai giovani è permesso di esplorare il ruolo di genere preferito in assenza dei cambiamenti corporei puberali, spesso attesi con grande ansia e paura. Come affermano Steensma et al. (2013) la sospensione fornisce agli adolescenti “tempo e spazio per compiere decisioni importanti sulla riassegnazione di genere, senza dover affrontare lo stress traumatico legato allo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie” (p. 583). Cohen-Kettenis et al. (2011) la considerano come un'estensione della fase diagnostica, nel quale il disagio collegato alla naturale femminilizzazione o maschilizzazione del corpo è molto ridotto. Per gli autori olandesi la sospensione precoce della pubertà comporta una transizione meno traumatica e risultati migliori delle operazioni chirurgiche successive; riducono quindi in maniera significativa il rischio dell'autolesionismo e del suicidio. L'assunzione degli ormoni è un primo passo verso la riassegnazione sessuale, che precede la somministrazione degli ormoni *cross-sex* – i cui effetti invece sono irreversibili – e le operazioni chirurgiche. In alternativa, se l'uso dei bloccanti viene interrotto, la produzione endogena degli

ormoni riprende e il soggetto andrà verso uno sviluppo puberale ritardato (Delemarre-van de Waal, 2014; Giordano, 2014).

L'uso dei bloccanti è descritto e consigliato nelle linee guida internazionali, come gli Standards of Care del WPATH (Coleman et al., 2012), tuttavia all'interno della Endocrine Society internazionale non c'è un consenso a riguardo (Hembree et al., 2017). Al livello medico, infatti, la sospensione della pubertà comporta dei rischi. Quelli principali riguardano l'effetto negativo sulla mineralizzazione ossea (che però teoricamente può essere contrastato con l'uso degli ormoni *cross-sex*, somministrati successivamente), e la compromissione della fertilità; inoltre i dati riguardanti gli effetti sul cervello sono ancora molto limitati (Klink, Caris, Heijboer, van Trotsenburg, & Rotteveel, 2015; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011).

Molti studi hanno dimostrato la sicurezza di questo tipo di intervento e l'efficacia nel contrastare il disagio fisico e psicologico. In generale, la ricerca ha mostrato un aumento del benessere psicologico in seguito alla sospensione della pubertà, l'assenza quasi completa di ripensamenti, e la riduzione o scomparsa degli aspetti disforici legati al genere; inoltre, alcuni studi riportano un aumento della disforia e dei comportamenti autolesivi quando i blockers non sono usati (de Vries et al., 2014; Hembree et al., 2017).

L'uso di questo tipo di interventi, tuttavia, è iniziato solo di recente, quindi non sono disponibili altri studi di follow-up, e molte questioni rimangono aperte. Diversi autori hanno espresso perplessità o preoccupazione in merito alla sospensione medica della pubertà (Korte et al., 2008; vedi anche Giordano, 2007; Milrod, 2014; Stein, 2012). I principali punti critici sono:

1. Nelle fasi Tanner 2 o 3 l'individuo non è maturo a sufficienza o davvero libero di prendere una decisione di questo tipo (Cohen-Kettenis et al., 2008; Korte et al., 2008).
2. A quell'età, non è possibile effettuare una diagnosi certa perché l'identità di genere non si è ancora stabilizzata del tutto (Cohen-Kettenis et al., 2008; Korte et al., 2008; Stein, 2012).

3. In più, la sospensione della pubertà potrebbe inibire una “formazione spontanea di una identità di genere coerente, che a volte avviene anche attraverso una ‘*gender crisis*’ (Giordano, 2007; p.375), legata proprio allo sviluppo puberale.
4. Prendendo in considerazione l’alto numero di *desisters*, gli interventi medici precoci potrebbero essere prematuri o inappropriati (Cohen-Kettenis et al., 2008).
5. Il numero delle ricerche sugli effetti degli interventi precoci sullo sviluppo delle ossa, sulla crescita corporea e sullo sviluppo del cervello è ancora molto esiguo; non è ancora possibile comprendere gli effetti a lungo termine (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, VanderLaan, & Zucker, 2017).
6. Sebbene le ricerche finora abbiano suggerito che non ci siano effetti negativi sul funzionamento relazionale, sociale e scolastico, “gli effetti potrebbero essere troppo sottili per essere osservati nell’assessment che avviene all’interno delle sedute di follow-up” (Cohen-Kettenis et al., 2008; p.1895).
7. L’impatto sulla sessualità non è ancora stato studiato, ma è stato dimostrato che la diminuzione del desiderio comportata dai bloccanti può impedire agli adolescenti di avere esperienze socio-sessuali appropriate all’età (Korte et al., 2008).
8. Alla luce di questo aspetto, gli interventi precoci possono interferire con lo sviluppo di una sessualità libera e limitare l’esplorazione degli orientamenti sessuali (Korte et al., 2008; Stein, 2012).
9. Infine, per i maschi biologici l’arresto della crescita del pene può comportare delle difficoltà per le operazioni chirurgiche successive: la mancanza di tessuto genitale potrebbe essere un problema per la ricostruzione della neo-vagina (Milrod, 2014).

Riassumendo, possiamo dire che se da una parte questo tipo di intervento può prevenire esperienze potenzialmente molto traumatiche per gli adolescenti con disforia di genere, limitando i rischi di autolesionismo e suicidio e prevenendo altri esiti negativi per la salute mentale, dall’altra la

soppressione della pubertà potrebbe mettere a rischio lo sviluppo di una personalità e di una sessualità veramente libera, scollegando la persona dalle esperienze tipiche della sua età, con effetti a lungo termine sulla salute fisica molto incerti. Sopprimere la pubertà potrebbe significare privare una persona della propria adolescenza, ovvero di quella fase cruciale in cui sperimentare e negoziare le proprie instabili concezioni di sé e degli altri, e congelarla in un'infanzia prolungata, separata da alcuni aspetti della realtà. Il rischio è di acuire la mancanza di integrazione delle esperienze che, come vedremo, è una tendenza che emergerà molto evidente nel campione della nostra ricerca.

Capitolo 2.

Lo studio della soggettività transessuale e delle sue variabili

Dalla panoramica sul transessualismo odierno che ho svolto nel primo capitolo si è capito come nella comprensione contemporanea dei fenomeni legati alla varianza di genere un ruolo primario lo ha la dimensione soggettiva della sofferenza, legata all'incongruenza percepita tra genere esperito e genere assegnato alla nascita (APA, 2013). È stata anche esplorata l'importanza delle esperienze precoci all'interno del sistema di accudimento primario, per le prime identificazioni con le figure genitoriali e il contatto con i ruoli di genere sociali, fondamentali per la costruzione della propria identità di genere (Martin et al., 2002). Inoltre, abbiamo visto quanto per le persone transgender sia elevato il rischio di traumatizzazione precoce e quante siano le problematiche psicologiche associate alla disforia di genere (es. Ristori & Steensma, 2016).

Per questi motivi, la scelta delle variabili da studiare nella mia ricerca è ricaduta su componenti importanti dell'esperienza soggettiva: personalità, attaccamento e trauma complesso. Lo studio di queste variabili, come vedremo, è avvenuto attraverso strumenti che potessero permettere un accesso dettagliato alle esperienze precoci e alle memorie traumatiche.

Nel prossimo capitolo esporrò la ricerca nelle sue varie fasi, in questo capitolo invece passerò in rassegna gli studi presenti in letteratura che si sono occupati delle stesse variabili in campioni e popolazioni transgender o non conformi di genere.

2.1. Transessualismo e personalità

Sul funzionamento psicologico dei soggetti con diagnosi di GD (o DIG) e sulla psicopatologia associata a tali disturbi, nonostante un interesse clinico e di ricerca di lunga data, non si può dire che, all'interno della comunità scientifica, si sia giunti a un consenso. Come scrivono de Vries et al. (2011a), un gran numero di studi (vedi ad es. Bodlund, Kullgren, Sundblom, & Hojerback, 1993; De

Cuypere, Janes, & Rubens, 1995; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2005; Langevin, Paitich, & Steiner, 1977; Levine, 1980), ha riportato un'elevata comorbidità psichiatrica nei soggetti transessuali dei campioni indagati. Per converso, una mole di studi altrettanto imponente inquadra i soggetti tra fasce di funzionamento psicologico non clinico (ad es. Caron & Archer, 1997; Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997; Gómez-Gil, Vidal-Hagemeyer, & Salamero, 2008; Haraldsen & Dahl, 2000; Hunt, Carr, & Hampson, 1981; Miach, Berah, Butcher, & Rouse, 2000; Michel et al., 2002; Smith, van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005).

Lothstein (1984), nella sua revisione degli studi sui test psicologici eseguiti sui transessuali, ha preso in considerazione quarantuno ricerche eseguite tra il 1949 e il 1983. I risultati riassunti dall'autore sono esposti nella Tabella 2.1.

Tabella 2.1

Risultati di 41 studi (dal 1949 al 1983) (da Lothstein, 1984)

Funzionamento psicologico generale

1. È stata dimostrata sia la presenza di psicopatologia grave, sia apparente assenza di psicopatologia.
2. Tra i transessuali MtoF, chi continuava a vivere secondo un ruolo di genere maschile, mostrava più problemi psicologici di chi viveva secondo un ruolo di genere femminile.
3. Dopo la RSG i soggetti mostravano un tendenziale aumento del funzionamento psicologico.
4. In uno studio, un transessuale otto anni dopo l'operazione ha mostrato un aumento molto notevole nel suo funzionamento psicologico.

Ruolo di genere e identità

A. *Generale*

1. I transessuali sembrano essere poco androgini e più bisognosi di mantenere dei ruoli di genere tradizionali e stereotipati.
2. Tra i soggetti si trova una tendenza all'ipermascolinità o all'iperfemminilità

B. *Maschi*

1. I transessuali maschi hanno mostrato una pulsione sessuale diminuita e minori informazioni sulla sessualità
2. Alcune performances sui test psicologici sono stati correlate con il grado di espressione di identità di genere femminile del soggetto.

Test specifici

A. *MMPI*

-
1. Profili 5-4 / 4-5. La scala 5 (*Masculinity/Femininity*) con punteggio sopra 80 T sembra essere predittiva di sintomi subclinici di una profonda disforia di genere.
 2. È stata costruita una *Gender Dysphoria Scale* sull'MMPI per diagnosticare una patologia profonda legata al genere e disturbi dell'identità di genere subclinici

Test cognitivi

1. I soggetti transessuali hanno riportato in diversi studi QI superiori alla media.
2. Le performances sulla WAIS sono state lette come congruenti con il loro sesso biologico.

Note. MtoF=Male-to-Female; RSG=Riassegnazione sessuale di genere; MMPI=Minnesota Multiphasic Personality Inventory; QI=Quoziente Intellettivo; WAIS=Wechsler Adult Intelligence Scale.

Il campione complessivo indagato da questi studi comprende seicentonovantanove soggetti transessuali, di cui 81% MtoF e 19% FtoM, con un'età media di ventinove anni. Per quanto riguarda gli FtoM, oggetto di un numero esiguo di ricerche, Lothstein ravvisa una mancanza generale di psicopatologia negli studi eseguiti su gruppi, mentre, al contrario, in tutti gli studi sui singoli casi l'autore descrive la presenza di psicopatologia grave. Per quanto riguarda gli MtoF, sembra esserci un quadro meno confuso: in generale sono risultati più disturbati e instabili della loro controparte FtoM e mostrano minore interesse per il sesso. Il funzionamento migliora quando i soggetti iniziano a vivere secondo il ruolo di genere desiderato, e diventano più stabili in seguito a terapie ormonali o alla SRS.

2.1.1 Transessualismo e MMPI

L'MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway & McKinley, 1943) è stato lo strumento di elezione per valutare la personalità nei transessuali, sia negli anni presi in considerazione da Lothstein, sia nel periodo successivo, fino a oggi. Si vedano ad esempio gli studi più recenti di Gómez-Gil et al. (2008) e de Vries, Kreukels, Steensma, Doreleijers, e Cohen-Kettenis (2011). Nella tabella 2.2 sono presentati gli studi più importanti in ordine cronologico con riferimento al numero di pazienti studiati, caratteristiche del gruppo di controllo, risultati e limiti.

Tabella 2.2

Gli studi con la MMPI

Autori	Anno	Campione	Risultati	Limiti
Tsoi et al.	1977	– 25 MtoF	– Tutte le scale nella norma, ad eccezione della scala Maschilità/Femminilità, Depressione e Schizofrenia	– Campione ridotto – Assenza gruppo di controllo
Lothstein	1979	– 8 MtoF – 2 FtoM	– Tutte le scale nella norma, ad eccezione della scala Depressione negli MtoF con punteggi elevati	– Campione molto ridotto – Assenza gruppo di controllo
Tsushima & Wedding	1979	– 27 MtoF – 24 Candidati al trapianto di reni (controllo)	– Assenza di psicopatologia nei due gruppi	– Campione ridotto
Greenberg & Laurence	1981	– 11 MtoF con ruolo di genere femminile – 10 MtoF con ruolo di genere mantenuto maschile – 52 pazienti psichiatrici (controllo)	– Per i due gruppi MtoF punteggi elevati alla scala Maschilità/Femminilità – Il gruppo MtoF con ruolo maschile punteggi elevati e simili al gruppo di controllo psichiatrico nelle scale di Depressione, Deviazione psicopatica, Psicoastenia e Schizoidia	– Campione ridotto
Hunt et al.	1981	– 17 MtoF – 5 FtoM	– Per il gruppo FtoM nessuna scala elevata – Per gli MtoF valori poco superiori alla media per le scale di Deviazione psicopatica e Maschilità/Femminilità	– Campione molto ridotto – Assenza gruppo di controllo
Leavitt & Berger	1990	– 30 MtoF che utilizzano i genitali per i rapporti sessuali – 15 MtoF che evitano l'uso dei genitali nei rapporti sessuali – 36 MtoF che si astengono dai rapporti sessuali	– Nel gruppo che utilizza i genitali e in quello che si astiene si trovano risultati elevati nelle scale di Psicopatia, Schizoidia e Depressione – Nel gruppo evitante scale leggermente elevate in Depressione e Deviazione psicopatica	– Assenza gruppo di controllo – Nessun rapporto di prevalenza con la popolazione transessuale reale

Cole et al	1997	– 93 MtoF – 44 FtoM	– Risultati nella norma in tutte le scale, ad eccezione della scala Maschilità/Femminilità per il gruppo MtoF	– Assenza gruppo di controllo
Caron & Archer	1997	– 56 MtoF – 56 FtoM	– Tutte le scale nella norma, a eccezione della scala Maschilità/Femminilità con punteggi elevati per entrambi i gruppi – Gli stessi campioni sono stati studiati anche con il Rorschach e i risultati sono stati peggiori: sono emersi molti problemi psicologici caratteristici di individui con disturbi della personalità	– Assenza gruppo di controllo
Miach et al.	2000	– 48 MtoF con diagnosi di DIG – 34 MtoF con diagnosi DIGAEATNT (DSM III-R)	– Nessuna scala sopra soglia per entrambi i gruppi – Scale leggermente elevate (>60) in Depressione, Maschilità/Femminilità e Introversione Sociale nel gruppo DIGAEATNT	– Assenza gruppo di controllo
Coussinoux et al.	2005	– 28 MtoF operati o con terapia ormonale avviata – 10 MtoF all'inizio del percorso – 10 uomini e 12 donne (controllo)	– Per entrambi i gruppi MtoF scale nella norma – Anche Rorschach: risultati omogenei tra Rorschach e MMPI, testimoniano di un iperconformismo al sesso rivendicato, con risultati correlati al gruppo di controllo femminile	– Campione ridotto
Gómez-Gil et al.	2008	– 107 MtoF – 56 FtoM	– Tutte le scale nella norma, a parte la scala Maschilità/Femminilità – Per gli MtoF punteggi più alti degli FtoM in Depressione, Isteria, Deviazione Psicopatica, Schizofrenia e Introversione sociale	– Assenza gruppo di controllo
de Vries et al.	2011	– 207 MtoF – 86 FtoM	– Tutte le scale nella norma, ad eccezione della Deviazione Psicopatica – Per gli MtoF punteggi più alti degli FtoM in Depressione, Psicoastenìa e Introversione Sociale	– Assenza gruppo di controllo
Vitelli & Riccardi	2010	– 14 MtoF – 4 FtoM	– Tutte le scale nella norma	– Campione ridotto – Assenza gruppo di controllo

Note. MtoF=Male-to-Female; FtoM=Female-to-Male; DIG=Disturbo dell'Identità di Genere; DIGAEATNT=Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza o dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale; MMPI=Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Come mostrato dalla Tabella 2.2, la maggior parte degli studi trova punteggi nella norma per tutte le scale, ad eccezione della Scala 2 (Maschilità/Femminilità) che in più di una ricerca mostra punteggi elevati. Come scrivono Vidal-Hagemeyer, Gómez-Gil, e Nogués (2003), tali punteggi potrebbero essere giustificati dal fatto che i soggetti transessuali abbiano risposto al questionario self-report in accordo con le risposte tipiche del sesso contrario rispetto al loro sesso biologico. In alcuni studi compaiono invece risultati elevati anche in altre scale (ad es. Depressione, Schizofrenia, Deviazione Psicopatica). Seguirà una breve descrizione delle ricerche più importanti.

– Nello studio di Tsushima e Wedding (1979) venne comparato un gruppo di pazienti MtoF (n=27), candidati per la riassegnazione sessuale, con un gruppo di candidati per operazioni di trapianto di rene (n=26). Il gruppo MtoF non ottenne punteggi elevati in nessuna scala, ad eccezione della Scala 2 (Maschilità/Femminilità) con una media molto alta (T=81). Gli autori concludono quindi che i pazienti transessuali non mostrano segni di altra psicopatologia.

– La ricerca nordamericana di Hunt et al. (1981) trova punteggi moderatamente elevati nel gruppo MtoF (n=17) per le scale di Deviazione Psicopatica e Maschilità/Femminilità. Nessuna scala elevata nel gruppo FtoM (n=5). Anche questo studio dunque, con i limiti legati a un campione molto ridotto, non mostra altra psicopatologia nei pazienti transessuali.

– Un altro studio statunitense, quello di Greenberg e Laurence (1981), divide in due gruppi il campione di ventuno soggetti MtoF: a) soggetti che continuano a vivere nel ruolo di genere maschile (n=10) e b) soggetti che hanno già assunto un ruolo di genere femminile (n=11), e li compara con un gruppo di pazienti psichiatrici (n=52). Gli autori trovano nel gruppo che non hanno realizzato il cambio di ruolo punteggi sopra la soglia di T=70 nelle scale di Depressione, Deviazione Psicopatica, Psicoastenia e Schizoidia, oltre a quella di Maschilità/Femminilità, punteggi simili al gruppo di controllo psichiatrico. Per contrasto, nel gruppo che ha già assunto il ruolo femminile non si presentano punteggi elevati ad eccezione della scala Maschilità/Femminilità. In base ai risultati, gli autori sostengono che uno dei fattori predittivi di psicopatologia nei pazienti transessuali MtoF è il

non aver ancora adottato un ruolo di genere femminile. La presenza di psicopatologia sembra essere secondaria alle difficoltà di adattamento relative al disturbo dell'identità di genere.

– In un altro campione nordamericano, Leavitt e Berger (1990) hanno studiato ottantuno pazienti MtoF, dividendoli in tre gruppi, in funzione della loro attività sessuale. Un primo gruppo (pleasure group) include i soggetti che prima dell'intervento utilizzano i loro genitali nei rapporti sessuali. Il secondo (inactive group) comprende soggetti che si astengono da rapporti sessuali. Il terzo (avoidant group) è composto da soggetti che provano avversione per i loro genitali e pertanto evitano il loro utilizzo nei rapporti intimi. Per quanto riguarda i primi due gruppi, gli autori riportano diverse scale ai limiti della patologia (Depressione, Deviazione psicopatica e Schizoidia ($T > 65$); Paranoia e Psicoastenia ($T = 60-64$)). Nel terzo gruppo, l'evitante, risultati moderatamente elevati per la Depressione e la Deviazione psicopatica ($T = 60-64$). Gli autori suggeriscono quindi che l'utilizzo dei genitali è una variabile predittiva di psicopatologia. Questo studio però ha alcune limitazioni (Vidal-Hagemeyer et al., 2003): non è chiaro cosa gli autori intendano per il pleasure group. È probabile che molti dei soggetti appartenenti a questo gruppo abbiano avuto trascorsi legati alla prostituzione, e pertanto i punteggi elevati delle scale potrebbero essere legati più a quelle esperienze che all'utilizzo dei genitali nei rapporti intimi. Così come nel gruppo inattivo potrebbero rientrare soggetti ansiosi e ritirati che mostrano punteggi elevati legati alle loro condotte comportamentali, più che all'astensione dai rapporti sessuali.

– Nello studio di Cole et al. (1997) sono stati valutati centotrentasette soggetti transessuali. I questionari MMPI sono stati analizzati usando per tutti i soggetti sia le scale maschili, sia quelle femminili. Gli autori rilevano che globalmente, i pazienti transessuali sono evidentemente liberi da psicopatologia (media generale inferiore a $T = 70$). Nel gruppo MtoF ($n = 93$) l'unica scala che è risultata elevata ($T > 70$) è stata quella della Maschilità/Femminilità, quando i questionari venivano corretti con le scale maschili, ma non quando gli stessi questionari venivano interpretati con le scale femminili. Nel gruppo FtoM ($n = 93$) nessuna scala risulta elevata, sia con i livelli maschili, sia con quelli femminili. Gli autori suggeriscono che in tutti gli studi MMPI su pazienti transessuali

andrebbero specificati se le scale usate per la codifica sono maschili o femminili, ma non forniscono criteri per decidere quali usare in quali casi.

– L'équipe australiana di Miach et al. (2000) compara due gruppi di soggetti con disforia di genere. Un gruppo di soggetti classificati come “tipo transessuale” (n=48) e un altro diagnosticato come “tipo non transessuale” DIGAEATNT (n=34), secondo i criteri del DSM-III-R (vedi cap.1). Gli autori riportano scale nella norma per entrambi i gruppi, ad eccezione di punteggi moderatamente elevati (T=60-70) nel gruppo DIGAEATNT per le scale di Depressione, Introversione Sociale e Mascolinità/Femminilità. Mediante una cluster-analisi, gli autori hanno poi diviso il campione in due gruppi: pazienti con grado elevato di psicopatologia e pazienti con un grado basso di psicopatologia. Con questa analisi hanno trovato che del gruppo di “tipo transessuale”, solo il 15% rientrava nel sottotipo ad alta psicopatologia, contro un 47% del tipo DIGAEATNT.

– In uno studio spagnolo più recente, Gómez-Gil et al. (2008) hanno somministrato l'MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) a un campione di centosette MtoF e cinquantasei FtoM, con diagnosi di DIG secondo i criteri del DSM-IV. Gli autori rilevano punteggi nella norma per tutte le scale, ad eccezione di una moderata elevazione nella scala Maschilità/Femminilità (T=65). Gli autori interpretano questi risultati elevati per entrambi i gruppi come un segno dell'adesione agli stereotipi femminili per gli MtoF e di quella agli stereotipi maschili per gli FtoM.

– Infine, l'équipe olandese di de Vries, Kreukels, et al. (2011) ha analizzato un campione di duecentosette MtoF e ottantasei FtoM, adulti e adolescenti, con diagnosi di DIG secondo i criteri del DSM-IV-TR, somministrando MMPI-2 e MMPI-A (Butcher et al., 1992). Gli autori rilevano punteggi nella norma in tutte le scale, ad eccezione di quelli relativi alla scala della Deviazione Psicopatica negli adulti (T=69). L'équipe spiega questi risultati mettendoli in relazione alle difficoltà che i transessuali incontrano a livello interpersonale, a causa della predisposizione negativa dei contesti in cui si trovano a vivere le persone con disforia di genere.

Ricapitolando dunque i risultati degli studi con MMPI, MMPI-2 e MMPI-A su soggetti

transessuali, si può dire che per quanto riguarda gli studi degli anni '70 e '80 alcuni hanno indicato disturbi psichiatrici importanti (Beatrice, 1985; Lothstein, 1979; Tsoi, Kok, & Long, 1977), altri hanno sostenuto l'opposto (Tsushima & Wedding, 1979), o hanno trovato punteggi elevati nelle varie scale meno estremi (Hunt et al., 1981), o dipendenti da altre variabili (Greenberg & Laurence, 1981). Rispetto a questi studi Gómez-Gil et al. (2008) mettono in evidenza la relativa esiguità dei campioni, oltre le difficoltà sociali che i soggetti transessuali in quel periodo storico sicuramente soffrivano, come variabili responsabili dei risultati controversi. Gli studi più recenti, con campioni più ampi, hanno mostrato risultati tra loro coerenti: de Vries, Kreukels, et al. (2011) hanno trovato una moderata elevazione nella sola scala di Deviazione psicopatica, Miach et al. (2000) mostrano che la maggior parte del loro campione (85%) è libera da psicopatologia. Gómez-Gil et al. (2008), Cole et al. (1997) e Caron e Archer (1997) non hanno trovato elevazioni in nessuna scala, se non in quella di Maschilità/Femminilità.

Ritengo però che l'MMPI, strumento self-report, nel suo uso per la ricerca su persone transessuali, abbia dei limiti importanti. Si può ad esempio citare la ricerca di Caron e Archer (1997) in cui gli autori hanno trovato profili liberi da psicopatologia nei questionari MMPI fortemente discrepanti con i dati emersi da somministrazioni di test Rorschach sullo stesso campione. Nei risultati Rorschach infatti sono emerse molte problematiche psicologiche tipiche di individui con forti disturbi di personalità. Ritengo che nelle persone transessuali l'adesione spesso stereotipata al ruolo di genere prescelto, oltre alla diffidenza rispetto a un'indagine da cui potrebbe dipendere l'autorizzazione per il cambio di sesso, potrebbero portare a offrire, nei test self-report, un'immagine di sé priva di conflitti o problematiche. Per questo motivo nella mia ricerca ho deciso di usare la SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999a, 1999b) strumento clinician-report che può offrire un quadro più obiettivo della personalità.

Concludo la rassegna degli studi sulla personalità delle persone transessuali con la descrizione di alcune ricerche recenti che non hanno usato l'MMPI, ma hanno indagato la personalità tramite lo studio di altri costrutti: Gómez-Gil et al. (2013) su temperamento e carattere; Campo, Nijman,

Merckelbach, & Evers (2003), de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis (2011), Haraldsen e Dahl (2000) e Hepp et al. (2005) sulla comorbidità psichiatrica; Bozkurt et al. (2006) sulle dimensioni di personalità di Eysenck.

2.1.2 Ricerche sulla personalità con altri test

– Lo studio norvegese di Haraldsen e Dahl (2000) ha riguardato ottantasei pazienti transessuali (35 FtoM, 51 MtoF), confrontati con novantasei pazienti con Disturbi di Personalità e mille e novantasei adulti sani di controllo. I tre gruppi sono stati valutati con la Hopkins Symptom Checklist (SCL-90/90-R), un questionario largamente usato per l'assessment sistematico della psicopatologia che consiste di nove scale e di un Global Severity Index (GSI). I risultati mostrano punteggi sia nelle singole scale, sia per quanto riguarda il GSI molto simili al gruppo di controllo e notevolmente inferiori al gruppo con Disturbi di Personalità. Gli autori però suggeriscono di interpretare i risultati con cautela, perché i criteri norvegesi per essere ammessi alla SRS sono molto restrittivi ed escludono pazienti con psicosi conclamate, patologie mentali organiche, abuso di sostanze e disturbi di personalità con elevata impulsività.

– Anche lo studio olandese di Campo et al. (2003) ha indagato la comorbidità psichiatrica, ma a partire da un altro vertice. Gli autori hanno ottenuto da centoottantasei psichiatri le risposte a un questionario in cui si chiedeva se nei loro pazienti cross-gender identificassero la diagnosi di transessualismo come primaria, oppure come secondaria ad altre patologie psichiatriche. I risultati indicano una prevalenza della diagnosi secondaria: in un totale di cinquecentoottantaquattro casi, solo il 39% ha ricevuto una diagnosi primaria di transessualismo, nel restante 69% di casi, la disforia di genere è stata interpretata come co-occorrente con altri disturbi psichiatrici, e all'interno di questo 69% un 75% come secondaria a un altro disturbo. Per quanto riguarda la natura della comorbidità, il 79% degli psichiatri ha indicato la presenza di disturbi della personalità, il 26% di disturbi dissociativi e di disturbi dell'umore, il 24% di disturbi psicotici.

– Lo studio svizzero di Hepp et al. (2005) ha studiato la comorbidità psichiatrica in un campione di trentuno soggetti transessuali con la somministrazione della SCID-I e la SCID-II per la diagnosi di Asse I e II del DSM-IV e di un test per la misurazione di ansia e depressione, l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). I risultati indicano un'alta prevalenza per comorbidità psichiatriche sia di asse I, sia di asse II: solo il 29% del campione non mostra comorbidità con disturbi di Asse I, il 71% mostra invece una comorbidità, in particolare con disturbi dell'umore e abuso di sostanze. Per quanto riguarda i disturbi di personalità di asse II, gli autori hanno trovato una comorbidità per il 42% dei soggetti. Per la depressione e l'ansia l'HADS ha dato punteggi sul limite clinico per la depressione e sopra-soglia per l'ansia. L'immagine restituita da questo studio dunque è quella di un campione con un'elevata psicopatologia.

– Un altro studio olandese, quello di de Vries, Doreleijers, et al. (2011), giunge a conclusioni opposte. Lo studio indaga la comorbidità psichiatrica in un campione di centocinque adolescenti con diagnosi di GID, tramite la versione olandese della DISC-IV (Ferdinand & van der Ende, 1998; Shaffer et al., 2000) per l'asse I del DSM-IV. Nei risultati gli autori trovano un 68% del campione libero da comorbidità psichiatrica. La percentuale di 32% di soggetti con comorbidità psichiatrica, osservano gli autori, seppur maggiore a quella presente nella popolazione normale, è inferiore a quella presente tra gli adolescenti che ricevono cure per problemi mentali.

– L'équipe turca di Bozkurt et al. (2006) ha invece studiato un campione di cinquantadue transessuali MtoF con la somministrazione dell'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck, 1978), un questionario che valuta la personalità su tre dimensioni: Nevroticismo (N), Psicoticismo (P) e Estroversione/Introversione (E/I). Gli autori rilevano che rispetto ai controlli i soggetti MtoF hanno valori più elevati sia nella scala Nevroticismo, sia nella scala Psicoticismo, ma quest'ultima scala non è stata validata per la popolazione turca.

– Concludo questa breve rassegna con il recente studio dell'équipe spagnola di Gómez-Gil et al. (2013). In questa ricerca gli autori valutano 166 MtoF e 88 FtoM con il Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994), un test che studia temperamento e

carattere basandosi sulle teorie di Cloninger, che ha individuato alcune dimensioni fondamentali per il temperamento: ricerca di novità (NS), evitamento del danno (HA), dipendenza dalla ricompensa (RD) e persistenza (P); e altre per il carattere: autodirezionalità (SD), cooperazione (C) e autotrascendenza (ST). Il test ha sottoscale per studiare ogni dimensione e in nessuna di esse i soggetti transessuali hanno mostrato differenze significative rispetto ai controlli. Inoltre, osservano gli autori, i profili di personalità degli MtoF sono più simili a quelli dei controlli di femmine biologiche, mentre quelli degli FtoM sono più simili a quelli dei maschi biologici. Il campione mostra dunque profili di personalità simili alla popolazione normale e più in linea con l'identità di genere che con l'appartenenza al sesso biologico.

2.2 Transessualismo e attaccamento

La ricerca che indaga il transessualismo a partire dalla prospettiva dell'attaccamento è ancora molto limitata. Pochissime ricerche hanno infatti studiato il modello di attaccamento dei soggetti con DG, gli studi si sono limitati alle fasce infantili o si sono concentrati sui genitori, nonostante l'importanza attribuita da molti autori ai problemi relativi ai modelli di attaccamento nell'evoluzione di diverse psicopatologie dell'età adulta. Si veda ad esempio la rassegna di Chase Stovall McClough e Dozier (2016) in cui le autrici fanno un resoconto di diverse ricerche che hanno messo in relazione lo stato della mente rispetto all'attaccamento e i disturbi psicopatologici, trovando in generale che la maggior parte dei disturbi vede una prevalenza di stati della mente insicuri o disorganizzati e una connessione chiara tra attaccamento disorganizzato e sintomi dissociativi in adolescenza e prima età adulta, e tra attaccamento ambivalente e disturbi d'ansia in adolescenza (Chase Stovall McClough & Dozier, 2016).

In ambito psicoanalitico e psicodinamico, molte teorie sul transessualismo (si veda ad esempio Coates, 1990; Coates & Moore, 1997; Coates & Zucker, 1992; Di Ceglie, 1998) sostengono che i sintomi transgender dei bambini sono una risposta diretta a una deviazione della relazione di attaccamento materno, deviazione che si verifica spesso durante un periodo di stress elevato, lutto o

trauma attraversato dalla famiglia. Secondo Coates il comportamento stereotipato e ripetitivo del bambino non è semplicemente il risultato di un rinforzo sociale, piuttosto è un sintomo complesso e multi-determinato. L'autrice interpreta gli *enactments* transessuali come strategie difensive d'emergenza, attraverso le quali il bambino da una parte tenta di riconquistare l'attenzione amorevole della madre, dall'altra cerca di far fronte all'ansia opprimente legata ai comportamenti spaventati e spaventanti dei genitori durante il periodo di stress familiare. Quando “questa formazione di compromesso” funziona, ovvero quando il comportamento transessuale riduce effettivamente l'ansia ed è rinforzato dalla famiglia, può cementarsi in una strategia difensiva particolarmente rigida e inflessibile. Tuttavia, come abbiamo visto nel primo capitolo, queste posizioni non sono mai state sostenute da ricerche sistematiche. Tra le poche ricerche eseguite a tale scopo si può citare quella di Birkenfeld-Adams (2000) in cui l'autrice ha studiato un campione di bambini di sesso maschile con diagnosi di DIG in una Strange Situation modificata, trovando un attaccamento insicuro nel 73% dei casi. Si tratta di una percentuale nettamente superiore a quelle dei campioni non clinici presenti nelle meta-analisi di Van-IJzendoorn (1995), sempre inferiori al 50%.

Per quanto riguarda invece ricerche che utilizzino l'Adult Attachment Interview (Main, Goldwyn, & Hesse, 2002), si possono citare tre studi: uno di Cassandra Cook, collaboratrice di Susan Coates e Arietta Slade, del 1999, e altri due italiani (Vitelli & Riccardi, 2010; Colizzi, Costa, Pace, & Todarello, 2013).

Nella sua tesi di dottorato del 1999, Cook studia lo stato mentale rispetto all'attaccamento in sei padri di bambini maschi con diagnosi di DIG, trovando in tutti e sei punteggi molto elevati di Irrisoluzione rispetto a traumi (U/d) e in nessuno un attaccamento sicuro. Nello specifico, in quattro soggetti una classificazione con U/d primaria (punteggio sopra al 6), negli altri due una classificazione primaria come Preoccupati (E) con punteggi di U intorno al 5. Questa sovrarappresentazione della classificazione irrisolta e insicura suggerisce all'autrice la probabilità che questi padri abbiano avuto con i loro figli rapporti di grande insicurezza, caratterizzati da comportamenti spaventati e spaventanti che abbiano portato i bambini a sentirsi ansiosi e insicuri

nello stabilire un'identificazione maschile.

Nello studio già citato di Vitelli e Riccardi (2010), allo stesso campione analizzato con la MMPI (vedi Tabella 2.1) (14 MtoF e 4 FtoM) è stata somministrata l'AAI ottenendo risultati molto simili alle ricerche precedenti: nel 72% dei casi è stato riscontrato un attaccamento insicuro, con un 44% Distanziante e un 28% preoccupato. Sette soggetti (39%) inoltre hanno mostrato punteggi elevati di U (non è chiaro però se questi soggetti abbiano una classificazione U primaria), legati alla presenza di esperienze traumatiche come morte o abbandono di uno dei due genitori o aborti o morti precoci di fratelli o sorelle.

Infine Colizzi et al. (2013) hanno somministrato l'AAI a cinquanta soggetti transessuali (non è specificato quanti MtoF e quanti FtoM) ottenendo risultati analoghi: attaccamento Insicuro nel 70% dei casi, con un 46% Distanziante e un 24% Preoccupato. In un solo soggetto (2%) una classificazione primaria di U si sovrapponeva a uno stato mentale Preoccupato. Il restante 30% risultava avere un attaccamento Sicuro.

2.2.1 Il transessualismo nel Manuale dell'Attaccamento

La disforia o incongruenza di genere entra per la prima volta all'interno del Manuale dell'Attaccamento, la pubblicazione di riferimento per quest'ambito di studi, solo nella sua terza edizione, uscita nel 2016 (Cassidy & Shaver, 2016). All'interno del capitolo dedicato ad "Attaccamento e Psicopatologia nell'infanzia", Michelle DeKlyen e Mark Greenberg, dopo aver affermato che "pochi ricercatori hanno esaminato i processi di attaccamento nei bambini con disforia di genere" (p.652), citano, oltre alla ricerca già citata di Birkenfeld-Adams (2000), la ricerca di Goldberg (1997), in cui i bambini con DG hanno mostrato una frequenza più elevata di attaccamenti insicuri rispetto a un campione di controllo, e più attaccamenti di tipo ambivalente se confrontati con un campione clinico. Proseguono descrivendo uno studio più recente di psicologia cognitiva, su un costrutto affine, la 'gender contentedness' (soddisfazione rispetto al proprio genere), risultata

negativamente associata con l'attaccamento evitante in ragazzi e ragazze e con l'attaccamento preoccupato (ambivalente) con solo i ragazzi in un campione di quinta elementare (Cooper et al., 2013). Gli autori concludono che, sebbene bambini e adolescenti con DG sembrano essere a rischio per attaccamenti insicuri, non c'è ancora consenso sul tipo di insicurezza prevalente.

2.3 Transessualismo e trauma complesso

2.3.1 Trauma complesso: un'introduzione

Viste le molte dimensioni del fenomeno della varianza di genere, ho deciso di affrontare il discorso sul trauma non a partire dall'indagine di eventi discreti o singole esperienze traumatiche, ma, in linea con gli sviluppi della letteratura più recente sul trauma, ho scelto di abbracciare la concezione ampia del 'trauma complesso' (Cook et al., 2003; Courtois, 2004). In tale concezione, intesa come esperienza di eventi traumatici molteplici, cronici e prolungati, soprattutto di natura interpersonale e a esordio precoce, spesso manifestati nel sistema di accudimento primario, convergono le riflessioni iniziali su trauma e psicopatologia dei lavori di Sigmund Freud e Pierre Janet, e concezioni più recenti quali il 'trauma cumulativo' di Masud Khan (1963), la 'polivittimizzazione' di Finkelhor (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007, 2009) e la 'atmosfera traumatica' di Bessel van der Kolk (1987).

Freud, a partire dal 1869, da quando cioè ha abbandonato la 'teoria della seduzione', ha concepito le esperienze traumatiche come eventi che, superando una "barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi" (1926), confermano o consolidano alcuni aspetti della vita mentale già insiti nella vita fantasmatica. Il trauma, più che dall'esperienza reale, è plasmato quindi dalla fantasia inconscia e dalla vita pulsionale. Nel paziente traumatizzato si costituisce infatti una "scena traumatica", o un *trauma fantastico*, legato a un conflitto psichico caratterizzato da una costellazione di impulsi e difese; secondo questa concezione la domanda che si pone il terapeuta non riguarda tanto l'evento traumatico reale, ma si concentra sui fantasmi da esso attivati, e sulle difese che il paziente

usa per contrastarli. Nel corso delle sue molteplici esplorazioni, Freud si è comunque occupato più volte dell'effetto di specifici traumi, come ad esempio il maltrattamento infantile (Freud, 1919), i traumi di guerra (Freud, 1920) e il lutto (Freud, 1915, 1920), lasciandoci importanti contributi come le teorie sulla coazione a ripetere e sulla difficoltà dell'elaborazione simbolica del ricordo traumatico. Tuttavia l'accento posto sul conflitto psichico e sulla fantasia inconscia ha fatto sì che l'indagine psicoanalitica abbia trascurato per lungo tempo la dimensione "reale" dell'esperienza traumatica. (Williams, 2009).

Diversamente da Freud, Janet (1889) poneva l'accento sul ruolo patogeno del trauma reale, che agisce sugli affetti coscienti e sull'integrazione delle funzioni psichiche, frammentando e disorganizzando il funzionamento psichico dell'individuo. L'esperienza traumatica comporta la formazione di alcune 'idee fisse subconscie', che rimangono separate dalla coscienza. Precursore degli attuali sviluppi degli studi sulla dissociazione, Janet sosteneva che le memorie traumatiche intense e ripetute vanno a creare vere e proprie personalità secondarie dissociate, che emergono all'improvviso e sono alla base dei disturbi isterici. L'opera di Janet, paragonata da Henri Ellenberger a "una città sepolta sotto le ceneri, come Pompei" (1970, p. 474) è stata a lungo dimenticata, ma poi riportata alla luce e recuperata in tutto il suo valore dall'interesse della psichiatria nordamericana per lo studio dei traumi dei reduci dalle guerre (dalla Seconda Guerra Mondiale prima e dal Vietnam poi), segnato dall'inclusione all'interno del DSM-III (APA, 1980) del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Dopo Freud, comunque, la riflessione psicoanalitica sulla genesi della psicopatologia aveva già riportato l'attenzione sull'impatto delle esperienze negative "reali", grazie ad autori come Ferenczi, Balint e Winnicott, che, insieme agli studi di Spitz e Bowlby sulle esperienze di separazione e perdita, avevano messo l'accento sui contesti relazionali precoci, nei quali il bambino non fa esperienza solo di traumi singoli e isolati, ma subisce l'effetto negativo dell'incapacità genitoriale di appagare i suoi bisogni. Alla base della concezione di Khan (1963) del "trauma cumulativo", c'è infatti il concetto winnicottiano di *impingement* e di *inattendibilità* genitoriale. Secondo Khan "il trauma cumulativo deriva dalle tensioni e dalle pressioni che il bambino piccolissimo sperimenta nel contesto della

dipendenza del suo Io dalla madre in quanto scudo protettivo e Io ausiliario". L'autore fa quindi riferimento a un insieme di microtraumi relazionali, legati a condotte di caregiving deficitarie, che si vanno a sommare nel corso dello sviluppo. Un altro autore che si è occupato dell'impatto dei traumi cronici all'interno dei contesti di accudimento è Van der Kolk (1987), che con l'espressione 'atmosfera traumatica' pone l'accento sulla cronicità dell'abuso e della trascuratezza, che nel bambino compromette la capacità di regolare gli stati affettivi interni e di organizzare risposte adeguate allo stress ambientale. A questo proposito, è utile citare gli studi di Lenore Terr (1991) sul trauma infantile. L'autrice ha distinto un trauma di *tipo I*, caratterizzato da un evento discreto ed eclatante che l'individuo di solito ricorda e per il quale può ottenere sostegno dalle figure di riferimento, da un trauma di *tipo II*, legato all'esperienza di traumi ripetuti e prolungati, come ad esempio un abuso infantile protratto negli anni, per cui, invece, nella maggior parte dei casi, non è disponibile alcun tipo di sostegno da parte delle figure di caregiving, e che esita spesso in gravi patologie post-traumatiche e personalità dissociate.

Rispetto al trauma precoce relazionale, infatti, i dati provenienti da una mole significativa di studi sullo stress traumatico hanno dimostrato come la maggior parte dei bambini e adolescenti maltrattati facciano esperienza di più di una forma di abuso o trascuratezza (Kessler, 2000; Pynoos et al., 2008; Spinazzola et al., 2005). Il focus della ricerca si è quindi spostato da condizioni di rischio individuali specifiche verso l'indagine dei diversi fattori che costituiscono l'eziologia multi-determinata dell'esperienza traumatica. La letteratura oggi si concentra più che altro sulle declinazioni multiple che il trauma assume all'interno del contesto di sviluppo in cui è inserito il bambino. Le esperienze di maltrattamento prese in considerazione dal trauma complesso comprendono grave trascuratezza, esposizione a violenza domestica, condizioni mediche gravi o con intenso dolore, abusi psicologici, fisici e sessuali (Zilberstein, 2014). È frequente che i minori che soffrono forme complesse di trauma si trovino ad affrontare una combinazione di queste esperienze (Courtois & Ford, 2009). Un numero ampio di studi ha dimostrato come i bambini esposti a questi eventi soffrano compromissioni in almeno sette domini primari del funzionamento (Cook et al., 2005; Nicolais, Speranza, Bacigalupi,

& Gentile, 2015): attaccamento, biologia, regolazione degli affetti, dissociazione, regolazione del comportamento, cognizione e concezione di sé. Secondo tale concezione, dunque, l'esperienza traumatica complessa contiene al suo interno (e prende forma dalla) l'interazione tra diversi fattori. I bambini maltrattati mostrano infatti pattern divergenti di espressione e riconoscimento delle emozioni, oltre a un'elevata reattività comportamentale allo stress (Cicchetti & Valentino, 2006; Maughan & Cicchetti, 2002; Pollak, Cicchetti, Hornung, & Reed, 2000). Inoltre, tendono ad avere problemi nella consapevolezza rispetto ai propri stati interni (Beeghly & Cicchetti, 1994) e carenze nelle interazioni sociali (Shields, Ryan, & Cicchetti, 2001). Un numero crescente di evidenze dimostra la co-occorrenza di forme multiple di gravi esperienze traumatiche (es. Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Brien, 2007; Finkelhor et al., 2007, 2009; Greeson et al., 2011; Trickett, Kim, & Prindle, 2011; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010) e molti studi mettono in risalto l'effetto cumulativo del maltrattamento precoce su sintomi psicopatologici successivi, sia di tipo internalizzante, (Anda et al., 2007; Danielson, Arellano, Kilpatrick, Saunders, & Resnick, 2005; Ford, Connor, & Hawke, 2010; Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett, & Hernandez, 2007; Schumm, Briggs-Phillips, & Hobfoll, 2006), esternalizzante (Brown & Anderson, 1991; Herrenkohl, Egolf, & Herrenkohl, 1997; Finkelhor et al., 2009; Ford, Connor, & Hawke, 2009; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; Shen, 2009) e post-traumatico (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Finkelhor et al., 2007, 2009; Ford et al., 2010; Mulder, Beautrais, Joyce, & Fergusson, 1998; Schaaf & McCanne, 1998; Shen, 2009; Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007).

2.3.2 Trauma complesso e attaccamento

Un numero nutrito di studi ha dimostrato come bambini e adolescenti che hanno subito esperienze traumatiche multiple e ripetute siano a rischio di sviluppare relazioni di attaccamento disorganizzato nell'infanzia. La percentuale di classificazioni disorganizzate nelle famiglie ad alto rischio varia dal 40% al circa 80% (Liotti, 2013; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). L'ambiente di

sviluppo fornito da genitori maltrattanti solitamente induce i figli a sviluppare strategie dissociative ed evitanti per gestire le emozioni disregolate (Bailey, Moran, & Pederson, 2007; Briere, 2006; Cicchetti & Valentino, 2006; Solomon & George, 1999), che impediscono l'elaborazione e l'integrazione di ricordi e esperienze fortemente contraddittorie (Fonagy, Target, & Gergely, 2000; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). Per mantenere la relazione con un caregiver non-accudente, i bambini sono obbligati a sopprimere o a esagerare espressioni di sentimenti e bisogni, e costretti anche, per così dire, a limitare la loro capacità di comprendere le proprie emozioni. Vacillano tra stati della mente opposti, tra il bisogno della prossimità e la paura nei confronti del caregiver (Zielberstein, 2014) e sviluppano così un senso frammentato delle loro emozioni ed esperienze (Cook et al., 2003; Fonagy & Target, 2002; Streeck-Fischer & van der Kolk, 2000). Diverse osservazioni cliniche e considerazioni teoriche sostengono l'ipotesi che i bambini disorganizzati costruiscano "rappresentazioni di sé e del caregiver multiple, non integrate e drammatiche" (Liotti, 2013); in queste situazioni, i bambini e gli adolescenti si trovano nel tipico stato della "paura senza soluzione", nel quale non possono in nessun modo trovare sollievo, visto che la fonte da cui dovrebbe provenire è la stessa che genera profonde paure (Main & Hesse, 1990). Di conseguenza, in età adulta, tutto ciò può avere esito in stati della mente disorganizzati a riguardo dell'attaccamento (Bailey et al., 2007; Madigan, Vaillancourt, McKibbin, & Benoit, 2015; Murphy et al., 2014), valutati, come vedremo nel prossimo capitolo, dall'Adult Attachment Interview nelle due forme dell'irrisoluzione/disorganizzazione (U) e delle classificazioni "Cannot Classify" (CC). La prima (U) implica cadute nelle strategie del discorso riguardanti lutti o abusi; la seconda (CC) consiste in una compromissione globale della strategia di attaccamento (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). È probabile che le persone che hanno sofferto sia traumi singoli che esperienze più cumulative mostreranno più segni di disorganizzazione mentale nella discussione di traumi (Bailey et al., 2007; Main & Hesse, 1990), ma anche una disorganizzazione a un livello più generale, durante tutto il corso dell'intervista (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2003). Murphy et al. (2014), per esempio, usando il questionario Adverse Childhood Experiences (ACEs) hanno trovato nel loro campione composto da

persone molto traumatizzate una frequenza di classificazioni U e CC che complessivamente raggiungeva il 65%.

2.3.3. Transessualismo ed esperienze traumatiche

Tradizionalmente, come già anticipato nel capitolo precedente, la relazione tra trauma precoce interno al sistema di accudimento e transessualismo è stata vista spesso come univoca. Molti autori (ad es. Marantz & Coates, 1991; Money, 1986; Money & Larnacz, 1984; Stoller, 1985; Zucker & Bradley, 1995; Zucker & Kuksis, 1990) hanno suggerito che alla base dello sviluppo della disforia di genere ci potessero essere maltrattamenti, distanza emotiva o comportamenti abusanti da parte dei genitori. Alcuni autori si sono soffermati sulle relazioni disfunzionali (come ad esempio un rapporto troppo simbiotico con la madre in parallelo all'assenza del padre), altri sulla presenza di psicopatologia in famiglia (ad es. depressione materna), altri sullo sviluppo psicosessuale atipico della coppia genitoriale (es. confusione circa la propria femminilità o maschilità del padre o della madre), come fattori che hanno impedito ai figli di avere una normale identificazione con il genitore dello stesso sesso, esponendoli a pattern di rinforzo per un'identità di genere fuori norma (per una rassegna, vedi Hill & Menvielle, 2009). In quest'ottica, il transessualismo è stato spesso concepito come una difesa dissociativa estrema, sviluppata in seguito a esperienze traumatiche vissute nelle relazioni di accudimento (Coates & Person, 1985; Devor, 1994; Di Ceglie, 1998). Tuttavia, al momento, queste teorie non hanno ricevuto un sostegno da dati empirici, e sono legate più a generalizzazioni di esperienze cliniche avute con singoli pazienti. Alla prova dei fatti, ad esempio, l'associazione con la dissociazione, suggerita da diversi contributi clinici (ad es. Coons, 1984; Devor, 1994; Kersting et al., 2003; Modestin, Ebner, Junghan, & Erni, 1996; Putnam, 1989) è stata confutata in modo efficace da un articolo italiano (Colizzi, Costa, & Todarello, 2015).

Le ricerche più recenti, in linea con la concezione multi-fattoriale dell'incongruenza di genere (vedi cap.1) riconoscono ora un rapporto più complesso tra esperienze traumatiche e sviluppo della

disforia di genere. È più probabile infatti che le esperienze traumatiche precoci non siano causa della non-conformità di genere, piuttosto una conseguenza della mancanza di accettazione nell'ambiente familiare o sociale dell'identità fuori norma (Ristori & Steensma, 2016). I traumi diventano così dei fattori di rischio che possono influenzare negativamente lo sviluppo identitario, senza necessariamente implicare un rapporto causativo o eziologico.

Negli studi sugli adulti transessuali, infatti, è stato spesso messo in risalto l'alto livello di pregiudizio, discriminazione e violenza subito da questo tipo di popolazioni (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013; Grant et al., 2011; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001; Mizock & Lewis, 2008; Shipherd, Green, & Abramovitz, 2010). Uno studio statunitense del 2011 riporta che in più di seimila transgender adulti intervistati, il 63% ha affermato di aver sofferto gravi discriminazioni sul piano emotivo o fisico (Grant et al., 2011). Le discriminazioni avvengono in diversi ambienti (ad es. scuola, lavoro, ospedali), possono essere di tipo più cronico (ad es. rifiuto interpersonale) o acuto (ad es. vittimizzazione) (Lombardi, 2009; Mizock & Lewis, 2008; Mizock & Mueser, 2014; White Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015). Molto frequenti, come vedremo anche nel prossimo paragrafo, sono le esperienze di abuso e violenza sessuale nel corso dell'intera vita (Clements-Nolle et al., 2006; Grant et al., 2011; Stotzer, 2009). Per quanto riguarda l'età infantile o adolescenziale, come scrivono Bandini et al. (2011), è stato dimostrato che bambini e adolescenti con genere non conforme sono a rischio di maltrattamenti da parte dei genitori, a causa dei loro comportamenti *cross-gender* (Corliss, Cochran, & Mays, 2002; Nuttbrock et al., 2010). Nuttbrock et al. (2009), intervistando un campione ampio di MtoF, hanno riportato che la maggior parte di loro non è riuscita a fare coming out rispetto alla loro incongruenza di genere, non potendo quindi beneficiare della protezione del supporto familiare, che diversi studi hanno identificato come un fattore di resilienza contro lo sviluppo di psicopatologia (ad es., Simons, Schrage, Clark, Belzer, & Olson, 2013). Altri tre studi con campioni formati da transgender adulti della città di New York (Grossman & D'Augelli, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard,

2005; Grossman, Park, & Russell, 2016) hanno mostrato che molti di loro (circa il 47%) hanno affermato di essere stati abusati verbalmente o fisicamente da familiari in seguito al coming out.

Se confrontati con la popolazione generale, infatti, gli individui transgender risultano maggiormente soggetti a svalutazione, oppressione e discriminazione (ad es., Bockting et al., 2013; Lombardi et al., 2001; Melendez & Pinto, 2007) e più soggetti a vulnerabilità psicologiche, con una prevalenza di problematiche internalizzanti (es. ansia e depressione) (Cohen-Kettenis et al., 2003; Singh, Bradley, & Zucker, 2011; Steensma et al., 2014; Ristori & Steensma, 2016), di condotte di autolesionismo e ideazioni suicidarie (Di Stefano, 2008; Roeger, Allison, Korossy-Horwood, Eckert, & Goldney, 2010; Skagerberg, Di Ceglie, & Carmichael, 2015).

2.3.3.1 Transessualismo e traumi relazionali precoci

Oltre agli studi già menzionati nel cap.1 e ai contributi clinici citati nel paragrafo precedente, alcune ricerche si sono concentrate sulle esperienze negative delle persone transgender avvenute in età precoce, all'interno delle relazioni con le figure di accudimento primario. Uno studio ha trovato in un campione di adulti transessuali seguiti da un centro specializzato negli Stati Uniti una frequenza elevata di lutti precoci, in particolare dei padri, in adolescenza e prima età adulta (Bernstein, Steiner, Glaister, & Muir, 1981). Più di recente, Långstrom e Zucker (2005) hanno evidenziato una maggiore possibilità di trovare separazioni precoci dei genitori nelle storie di vita di transessuali e travestiti. Tuttavia, altri studi hanno riportato la presenza di coppie genitoriali stabili in popolazioni transessuali, prive di differenze significative se confrontate con popolazioni normative (Hogan-Finley, 1995; Veale, Clarke, & Lomax, 2008). Un ambito particolarmente indagato nelle persone transessuali è stato quello degli abusi subiti in età precoce. La Tabella 2.3 mostra gli studi della prevalenza di abusi emotivi, fisici e sessuali in campioni di persone con genere con conforme.

Tabella 2.3

Studi sulla prevalenza di abuso emotivo, fisico e sessuale in campioni con DG (da Veale et al., 2010)

Autori e anno	Campione	Abuso emotivo	Abuso fisico	Abuso sessuale
Pauly (1974)	80 FtoM	Non valutato	24 (30%)	23 (29%) 14 (31%)
Lothstein (1983)	53 FtoM	Non valutato	26 (49%)	12 (23%)
Devor (1994)	45 FtoM	13 (29%)	17 (38%)	37 (10%)
Hogan-Finlay (1995)	27 MtoF, 64 travestiti, 101 controlli maschi	Punteggi più elevati nel gruppo gender-variant	Nessuna differenza tra i gruppi	Nessuna differenza tra i gruppi
Bullough & Bullough (1997)	41 MtoF, 331 travestiti	Non valutato	Non valutato	37 (10%)
Kersting et al. (2003)	29 MtoF e 12 FtoM, 56 pazienti psichiatrici maschi e 59 pazienti psichiatriche femmine	Punteggi più elevati nel gruppo gender-variant	Nessuna differenza tra i gruppi	Punteggi più elevati per il campione psichiatrico
Gehring & Knudson (2005)	34 MtoF e 8 FtoM	50-80%	20-30%	23 (55%)
Långstrom & Zucker (2005)	36 MtoF e travestiti	Non valutato	Non valutato	Punteggi più elevati nei travestiti
Grossman, D'Augelli, & Salter (2006)	31 MtoF	27 (87%)	11 (35%)	5 (16%)
Wharton (2007)	Persone gender-variant reclutate online: 132 femmine alla nascita, 163 maschi	Non valutato	63 (48%) femmine e 53 (33%) maschi sia abuso fisico sia sessuale	
Veale et al. (2008)	Ampio campione reclutato online di maschi e femmine.	Punteggi più elevati nel gruppo gender-variant	Punteggi più elevati nel gruppo gender-variant	Punteggi più elevati nel gruppo gender-variant

Note. MtoF=Male-to-Female; FtoM=Female-to-Male.

Come si nota, tuttavia, la maggior parte di questi studi ha campioni ridotti ed è privo di campioni di controllo adeguati. In ogni caso, per le persone con incongruenza di genere, l'insieme dei dati sembra confermare un rischio elevato di essere vittime di abusi di diverso tipo.

Capitolo 3.

La ricerca: Personalità, pattern di attaccamento e trauma complesso in un campione di transessuali adulti

3.1 Introduzione generale

La ricerca qui presentata ha come campione di analisi adulti, maschi e femmine, che soddisfano i criteri per la diagnosi di disforia di genere (DSM-5; APA, 2013), seguiti da centri specializzati tra Roma e Napoli, che stanno affrontando o hanno completato il percorso di riattribuzione chirurgica del sesso. Come anticipato nel capitolo precedente, la ricerca si è concentrata su variabili che permettessero l'indagine da una parte del funzionamento psicologico individuale (i disturbi e i tratti della personalità letti attraverso uno strumento che permette una valutazione approfondita e su più livelli, come la SWAP-200; i pattern di attaccamento valutati con l'Adult Attachment Interview), dall'altra dei vissuti soggettivi riguardanti le esperienze precoci e traumatiche. Nei capitoli precedenti abbiamo visto che le esperienze precoci di attaccamento, insieme ad altre componenti e in un'ottica multi-fattoriale, hanno un ruolo centrale nello sviluppo dell'identità di genere. Tuttavia, come abbiamo visto nel secondo capitolo, si sa ancora molto poco sulle relazioni precoci delle persone con DG ed è un tema su cui le ricerche empiriche sono molto scarse (vedi Hill & Meinville, 2000; Dierckx, Motmans, Mortelmans, & T'sjoen, 2016).

Lo studio della personalità, in particolare, può dare un'indicazione importante rispetto al reale stato di salute mentale delle persone adulte con una diagnosi di GD. In letteratura manca uno studio sistematico di questo aspetto, seppur l'analisi svolta da Coates e Person nella comprensione della varianza di genere in infanzia come un aspetto di un disturbo maggiormente pervasivo, e la sottolineatura, tra gli altri, di Zucker e Bradley (2005) sull'importante ruolo svolto dall'ostracismo sociale nel predisporre il bambino con DG a rischio di patologia generale, ispirino la ricerca

nell'individuare il tipo di relazione che intercorre tra l'incongruenza di genere e la patologia di personalità, considerando specificamente, in quest'ultima, il grado di adattamento che il soggetto presenta nelle aree sociale, lavorativa e dell'intimità.

D'altra parte, lo studio dell'attaccamento e del trauma, concepito come abbiamo visto in termini complessi, costituisce l'indagine di fattori di rischio che, concorrendo con la disforia di genere – e avendone con essa un rapporto le cui direzioni causali sono molto difficili da determinare (e in uno studio con individui adulti sarebbe un errore andare a cercare in esse fattori eziologici della DG) – possono esporre gli individui transgender a diverse vulnerabilità psicologiche, e segnare negativamente o compromettere la loro identità di genere.

Per motivi legati al reclutamento del campione e alla somministrazione degli strumenti, la ricerca si compone di due studi, svolti in successione. Il primo su un campione di 44 soggetti, reclutati al Servizio per l'Adeguamento dell'Identità Fisica all'Identità Psicica (SAIFIP) dell'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, di cui sono stati indagati personalità e attaccamento; il secondo, basato su un allargamento di questo campione a 95 soggetti, provenienti dal SAIFIP e dall'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata (UPCPA) di Napoli, con l'aggiunta anche di un campione di controllo di 123 soggetti, in cui sono stati studiati attaccamento e trauma. Il reclutamento dei campioni è avvenuto previo consenso informato e nel rispetto della privacy, e le ricerche sono state approvate dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza Università di Roma (n°24/2016).

3.2 Gli strumenti della ricerca

3.2.1 SWAP-200

La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200*. La SWAP-200 è un Q-sort (Block, 1961, 1978; Stephenson, 1953) di duecento item scritti in un linguaggio privo di gergalità e a un livello intermedio di astrazione che descrivono caratteristiche sane e disfunzionali della personalità. Un clinico o un

rater che hanno una conoscenza adeguata del paziente da valutare, cioè che hanno condotto con lui o ascoltato almeno quattro-cinque colloqui, deve collocare i duecento item della SWAP in nove categorie seguendo una distribuzione fissa: dalla categoria 0, cui vanno attribuiti i cento item che non sono descrittivi del paziente valutato, a quella 7, in cui vanno collocati gli otto item più descrittivi del paziente.

Un programma informatizzato permette quindi di calcolare il grado di sovrapposizione tra la descrizione del paziente fornita dal clinico e due tassonomie diagnostiche: 1) *i fattori PD*, ovvero descrizioni prototipiche di pazienti ideali con ognuno dei dieci disturbi di personalità del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione revised (DSM-IV-TR; APA; 2000)* più un fattore sano, di alto funzionamento; 2) *i fattori Q*, una tassonomia da undici stili/disturbi di personalità derivati empiricamente con la SWAP sulla base di un campione di circa cinquecento pazienti reali con disturbi della personalità. Il livello di correlazione tra descrizione del paziente valutato e fattori PD e Q, standardizzato in punti T (media cinquanta e deviazione standard dieci), permette quindi di elaborare diagnosi dimensionali e categoriali della personalità.

La SWAP permette infine di costruire una *formulazione del caso* “patient tailored” cucendo insieme i trenta item più descrittivi del paziente, cioè quelli a cui è stato attribuito un punteggio di 5, 6 e 7.

3.2.2 AAI

L’*Adult Attachment Interview (AAI)* (Main, Goldwyn, & Hesse, 2002) fornisce una valutazione e classificazione delle rappresentazioni mentali adulte relative alle relazioni di attaccamento sulla base delle caratteristiche attuali dell’organizzazione mentale del soggetto rispetto all’attaccamento. L’AAI è un’intervista semistrutturata, della durata di circa un’ora, che si articola in diciotto domande che indagano ricordi ed esperienze dell’infanzia a due livelli: uno generale e uno specifico. A livello generale vengono esplorate diverse aree esperienziali concernenti la qualità delle prime relazioni con

il caregiver, tra cui malattia fisica, disagio emozionale, esperienze di separazione, perdita, rifiuto, abuso. A un livello più specifico viene chiesto all'intervistato di fornire ricordi autobiografici come esempi per sostanziare e spiegare le affermazioni generali. Scopo di tale metodo è quello di fornire una valutazione e una classificazione dello "stato mentale" dell'adulto rispetto all'attaccamento (Hesse, 2008). L'esaminatore, dopo aver letto una prima volta il trascritto allo scopo di acquisire una visione globale della storia di attaccamento, assegna un punteggio su ciascuna delle cinque "scale dell'esperienza soggettiva" ("scales for experience"): affetto, rifiuto, trascuratezza, pressione a riuscire, inversione di ruolo. Per ciascuna delle scale vengono assegnati, separatamente, dei punteggi relativi all'esperienza riferita dal soggetto con la madre, con il padre ed eventualmente con altre figure di attaccamento significative. I punteggi sono attribuiti su scale a nove punti e si basano sull'analisi dell'intero trascritto. Al termine della valutazione, viene attribuita una classificazione generale che riflette l'adesione o la violazione della coerenza del discorso, così come definita da Grice (1975, 1989): 1) qualità: *essere veritieri e fornire evidenze per quanto affermato*; 2) quantità: *essere succinto ma completo*; 3) rilevanza: *fornire risposte pertinenti all'argomento*; 4) modo: *essere chiari e ordinati*. La valutazione finale prevede, infine, l'inclusione del soggetto in una delle tre principali categorie:

Attaccamento sicuro-autonomo (free-autonomous, "F"). Questo tipo di classificazione è attribuita a tutti quei soggetti che si dimostrano, nel corso dell'intervista, indipendenti e obiettivi nel racconto e nella valutazione delle esperienze vissute in relazione all'attaccamento, fornendo un quadro di consapevolezza riguardo alla realtà. Questi individui appaiono all'ascoltatore particolarmente coerenti, tanto che è possibile non solo seguire e comprendere il loro discorso, che è fluente, vivace e chiaro, ma anche essere d'accordo circa la valutazione delle proprie esperienze e relazioni fornita dal soggetto. Ciò che rende un individuo "F" è – insieme – la consapevolezza dell'esperienza vissuta, la capacità di distaccarsene e di valutarla in modo obiettivo e chiaro (all'ascoltatore). Questo consente, inoltre, il riconoscimento dell'importanza che essa ha rivestito e riveste tutt'ora sul suo stato attuale della mente.

Attaccamento distanziante-svalutante (dismissing, “Ds”). Questi individui presentano un’organizzazione di pensiero che consente loro di tenere disattivato o limitato l’attaccamento, attraverso una negazione attiva delle esperienze e delle emozioni negative. Per esempio, mediante un meccanismo di idealizzazione, possono definire l’infanzia, i genitori e le esperienze vissute come perfette, senza poi riuscire a persuadere l’interlocutore della fondatezza delle loro affermazioni. Oppure lo stesso meccanismo può venire attuato attraverso una svalutazione altrettanto attiva del valore del loro attaccamento, con un annullamento dei ricordi, degli affetti e delle relazioni collegate all’attaccamento. L’esperienza vissuta da questi soggetti è spesso connotata da una costante assenza di affettività o da un continuo rifiuto da parte delle figure di attaccamento. Essi tuttavia sembrano non rendersene conto o non ritenerlo importante, dimostrando, nel corso dell’intervista, di utilizzare attivamente un processo di scissione. Questo ragionamento si forma con l’utilizzo quasi esclusivo di strategie cognitive, che vanno a determinare un discorso che rimane comunque poco fluente e convincente in quanto spesso breve, incompleto o anaffettivo.

Attaccamento preoccupato/invischiato (entangled-preoccupied, “E”). questa categoria viene attribuita nel caso in cui i soggetti forniscano un quadro confuso e non obiettivo della propria esperienza passata. Si tratta, infatti, di individui incapaci di distanziarsi dalle esperienze e dalle relazioni di attaccamento nelle quali appaiono palesemente ancora coinvolti e invischiati, tanto che spesso può essere difficile cogliere dei confini precisi tra le varie figure di attaccamento e il soggetto stesso. Gli individui “E” parlano del loro vissuto in modo non realistico e non distaccato, utilizzando forme di discorso passivo e vago non fornendo, nel complesso, una valutazione coesa e plausibile. Le strategie cognitive sono spesso fallimentari o non sono quasi presenti, tanto che il loro racconto può sembrare pervaso di ricordi di tipo affettivo, legati a emozioni e sensazioni ancora vive e attuali, scarsamente organizzate tra loro.

A questi tre modelli si sono aggiunti successivamente altre due categorie di classificazione. La prima è inerente alla *mancata elaborazione del lutto/trauma* (U) (Main & Hesse, 1990, 1992) che va a evidenziare la presenza di processi mentali non risolti relativamente ad un evento traumatico o

ad un lutto. Questa classificazione è comunque attribuita in aggiunta ad altri pattern di attaccamento e denota uno stato di disorganizzazione in relazione ad alcuni eventi specifici (traumi e lutti). La seconda categoria è stata denominata *non classificabile* (CC) (Hesse, 1996; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016) e riguarda quelle interviste in cui emergono stati mentali contraddittori e incompatibili – come ad esempio rabbia estrema ed idealizzazione – oppure la presenza di una combinazione di stati mentali scissi e non integrati, evidenziabili – ad esempio – quando nella narrazione del soggetto appaiono sia caratteristiche invischiate che distanzianti rispetto al caregiver.

3.2.3 Complex-TQ

Il Questionario sul Trauma Complesso (ComplexTQ; Maggiore Vergano, Speranza, & Lauriola, 2016) è uno strumento *clinician-report* applicato all'AAI. Il questionario è costituito da 70 item, da valutare su una scala Likert a 4 passi sulla base della loro descrittività, e distinto in nove sotto-scale che misurano retrospettivamente gli aspetti multidimensionali del trauma, comprendendo l'assenza di cure, l'abuso e altre esperienze avverse subite nei primi 14 anni di vita e che sembrano contribuire allo sviluppo della disorganizzazione dell'attaccamento e alla manifestazione di aspetti dissociativi. Il ComplexTQ è di facile compilazione e può essere completato dal clinico in 15-20 minuti (in base alla lunghezza del trascritto AAI). I punteggi concernenti la presenza e la frequenza con la quale il soggetto ha vissuto le diverse forme di trauma sono automaticamente calcolati dal software, consentendo di fornire un quadro immediato della storia traumatica dell'individuo vissuta nell'ambito delle relazioni di attaccamento.

3.3. Studio 1. Personalità e attaccamento

3.3.1 Obiettivi

Questo primo studio si pone come obiettivo l'indagine dei tratti e dei disturbi della personalità e dei pattern di attaccamento in un campione di transessuali adulti. A tale scopo le ipotesi di ricerca sono state:

1. Alla luce dei dati presenti in letteratura, si possono trovare nelle persone transessuali elevate frequenze di disturbi di personalità, con un funzionamento peggiore per le persone MtoF rispetto alle persone FtoM;
2. Nelle persone transessuali sono più frequenti i modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato e meno frequenti quelli sicuri;
3. Esiste una correlazione fra l'insicurezza e la disorganizzazione dell'attaccamento e la patologia di personalità nelle persone transessuali; e, infine,
4. È possibile ipotizzare una sottotipizzazione del campione tramite la SWAP-200.

3.3.2 Il campione

Il campione è composto da quarantaquattro soggetti con diagnosi di Disforia di Genere (APA, 2013), ventotto MtoF e sedici FtoM. I soggetti fanno parte del SAIFIP dell'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, all'interno del quale stanno affrontando, o hanno completato, il percorso di "riattribuzione chirurgica del sesso", con frequentazione di una psicoterapia (individuale o di gruppo).

Il campione è stato selezionato in base a due elementi: 1) la disponibilità dei soggetti a essere coinvolti nella ricerca (consenso informato), e 2) la loro partecipazione a una psicoterapia (individuale o di gruppo); quest'ultima ha permesso ai clinici di disporre di conoscenze adeguate per effettuare la SWAP-200.

L'età media dell'intero campione è di 29,3 (SD=7,9) (29,8 nel sottogruppo MtoF, 28,4 nel sottogruppo FtoM). Per quanto riguarda la nazionalità, la composizione del campione è la seguente:

81,8 % italiani, 18,2% stranieri. Il livello d'istruzione dell'intero gruppo va dalle scuole dell'obbligo (III media) fino all'Università (nella Tabella 3.1 è espresso in anni di studio). In particolare, il sottogruppo MtoF è composto da 4 soggetti con la licenza media, 18 diplomati e 6 laureati, mentre nel sottogruppo FtoM 7 soggetti hanno conseguito la licenza media e 9 il diploma (Tabella 3.1).

Tabella 3.1

Informazioni demografiche del campione

Campione	Genere		Nazionalità		Istruzione			Età media
	<i>MtoF</i>	<i>FtoM</i>	<i>Italiana</i>	<i>Straniera</i>	<i>8 anni</i>	<i>13 anni</i>	<i>16 anni</i>	
<i>N</i>								
44	28	16	36	8	11	27	6	29

Note. MtoF=Male-to-Female; FtoM=Female-to-Male.

3.3.3 Metodi

La ricerca si è articolata in due fasi. Nella prima, è stata somministrata l'*Adult Attachment Interview* ai soggetti del campione, che è stata audio-registrata, e successivamente trascritta *verbatim* per essere codificata, come da protocollo.

Successivamente, sono stati coinvolti i clinici del Centro SAIFIP e altri professionisti specializzati che hanno valutato lo stile di personalità dei soggetti del campione utilizzando la SWAP-200. Infine, sui dati della SWAP-200 è stata svolta una Q-analysis che verrà descritta nel paragrafo successivo.

3.3.3.1 Analisi dei dati

Da un punto di vista computazionale, la Q-analysis appare identica a una comune analisi fattoriale fatta eccezione per il fatto che la matrice dei dati viene trasposta, e i soggetti sono considerati al pari di variabili. In altre parole, sono i soggetti piuttosto che gli item ad essere fattorializzati, producendo, nel nostro caso, prototipi di personalità, piuttosto che tratti (Thompson-

Brenner et al., 2008). Per il resto, vengono eseguite le procedure comunemente accettate dell'analisi fattoriale.

Per indagare la fattorializzabilità della matrice di dati che si intende analizzare e, dunque, formulare un giudizio sulla bontà dei dati ci si è basati sulla risposta positiva che proviene da due test statistici, il test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser, 1974), noto anche come misura dell'adeguatezza campionaria, e il test di sfericità di Bartlett (1950). Kaiser (1974) suggerisce di valutare l'indice in questo modo: un valore almeno pari a 0,9 come eccellente; da 0,8 a 0,9 come buono; da 0,7 a 0,8 accettabile; da 0,6 a 0,7 mediocre; da 0,5 a 0,6 scarso e, infine, 0,5 inaccettabile (Barbaranelli, 2006; De Lillo, Argentin, Lucchini, Sarti, & Terraneo, 2007). La Tabella 3.2 riporta i risultati riguardanti entrambi i test di valutazione. Nella Figura 3.1 si può osservare invece lo *Scree plot* dell'analisi delle componenti principali.

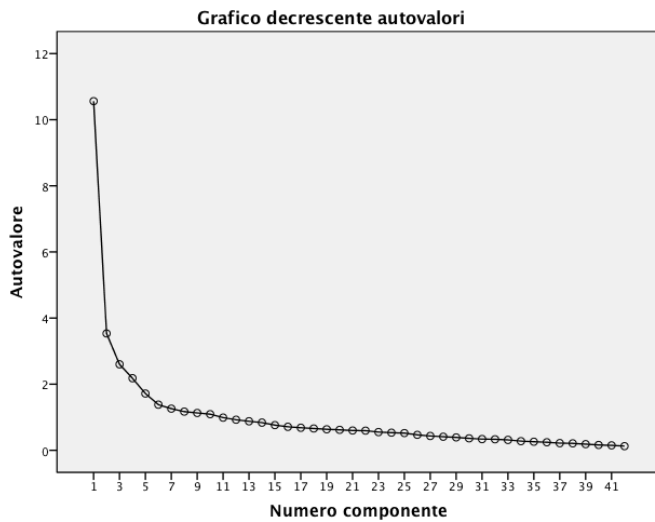
Tabella 3.2

Test di adeguatezza campionaria (KMO) e Test di sfericità di Bartlett

Misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		.848
	Chi quadrato (χ^2)	3889,3
	Gradi di libertà (df)	861
Test di sfericità di Bartlett	Significatività	.000

Figura 3.1

Scree plot dell'analisi delle componenti principali



Sono state, dunque, esplorate soluzioni a cinque, quattro e tre fattori. La soluzione meglio interpretabile clinicamente è rappresentata da quella tri-fattoriale che spiega complessivamente il 41% della varianza dell'insieme dei dati. Per prima cosa, i dati sono stati sottoposti a rotazione promax che postula la non ortogonalità – e, quindi, l'indipendenza – dei fattori considerati. Solo se i fattori considerati sono tra loro poco correlati (la correlazione deve essere $<$ o uguale di .3) allora si può procedere con una rotazione varimax che, al contrario, postula l'ortogonalità dei fattori osservati (Barbaranelli, 2006). Come si evince dalla Tabella 3.3, essendo i fattori scarsamente correlati tra loro, si può procedere con una rotazione varimax.

Tabella 3.3

Matrice di correlazione delle componenti

Componente	1	2	3
1	1,000	,307	,239
2	,307	1,000	,180
3	,239	,180	1,000

Note. Metodo estrazione: analisi componenti principali; Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser.

Si rimanda il lettore al paragrafo 3.3.4.3 per i risultati emersi dalla Q-Analysis.

3.3.4 Risultati

3.3.4.1 Risultati della AAI

La distribuzione del campione relativamente allo stato della mente rispetto all'attaccamento (Tabella 3.4) è la seguente:

Classificazione a 4 vie: F=37%; Ds=2%; E=11%; U/CC=50%

Tabella 3.4

Risultati dell'AAI

Ds	F	E	CC	U
1	16	5	12	10
2%	37%	11%	27%	23%

Note. F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify.

Leggendo i dati attraverso la lente del genere di appartenenza (MtoF o FtoM), e dello stato del percorso in cui si trovano i soggetti ci si è chiesti se ci fossero differenze significative fra i sottogruppi.

Rispetto al genere si trova la seguente distribuzione:

Tabella 3.5

Distribuzione delle classificazioni AAI a 4 vie rispetto al genere.

Campione	Ds	F	E	U/CC	N
MtoF	1 (4%)	10 (36%)	2 (7%)	15 (53%)	28
FtoM	0 (-)	6 (37%)	3 (19%)	7 (44%)	16

Note. MtoF=Male-to-Female; FtoM=Female-to-Male; F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify.

L'analisi del chi quadro, peraltro non attendibile data la scarsa numerosità del campione ($\chi^2=1,510$; $df=3$; $p=n.s.$), non mostra differenze significative tra i gruppi.

Dei sedici soggetti FtoM, sei riportano una classificazione sicura, tre preoccupata, sette disorganizzata, nessuno dei soggetti riporta una classificazione distanziante. Dei ventotto soggetti MtoF sono dieci i soggetti che hanno una classificazione F, uno distanziante, due preoccupata, mentre ben quindici hanno una classificazione U/CC. In entrambi i sottogruppi si nota la netta prevalenza della classificazione U/CC, vicina al 50% delle classificazioni generali.

3.3.4.2 Risultati della SWAP-200

La somministrazione della *SWAP-200* ai soggetti indagati ha fornito i seguenti risultati. Analizzando i punteggi PD, è possibile distinguere quattro versanti su cui i soggetti si distribuiscono: un 50% del campione con alto funzionamento superiore a sessanta (n= 22), un 32% diviso a metà tra soggetti che ricadono nella fascia clinica (PD > 60; n=7) e soggetti che ricadono nella fascia subclinica (PD tra 55 e 60; n=7). Il restante 18% (n=8) con un funzionamento basso (< 60 nella scala dell'Alto Funzionamento) ma senza problematiche di personalità (< 55 in tutte le scale PD). La distribuzione è riassunta nella Tabella 3.6.

Tabella 3.6

SWAP-200 - Risultati PD

PD > 60 (clinico)	PD tra 55 e 60 (subclinico)	Alto Funzionamento > 60	Basso Funzionamento senza problemi Personalità (PD)
7	7	22	8
16%	16%	50%	18%

Note. PD=Disturbi di Personalità

Per quanto riguarda gli stili di personalità dell'intero campione evidenziati dai fattori-Q (Tabella 3.7), oltre al gruppo ad Alto Funzionamento che rimane invariato (50%; n=22) la presenza di disturbo di personalità viene evidenziata in 12 soggetti (27%), la fascia subclinica riguarda 6 soggetti (14%), mentre l'assenza di punteggi clinici o subclinici unita a basso funzionamento riguarda i restanti 4 soggetti (9%).

Tabella 3.7

SWAP-200 - Risultati Q

Q > 60 (clinico)	Q tra 55 e 60 (subclinico)	Alto Funzionamento > 60	Basso Funzionamento senza problemi Personalità (Q)
12	6	22	4
27%	14%	50%	9%

Note. Q=Punteggi Q

Di seguito si possono osservare i grafici con i punteggi medi PD e Q del campione e dei sottogruppi MtoF e FtoM.

Figura 3.2

Profilo PD del campione

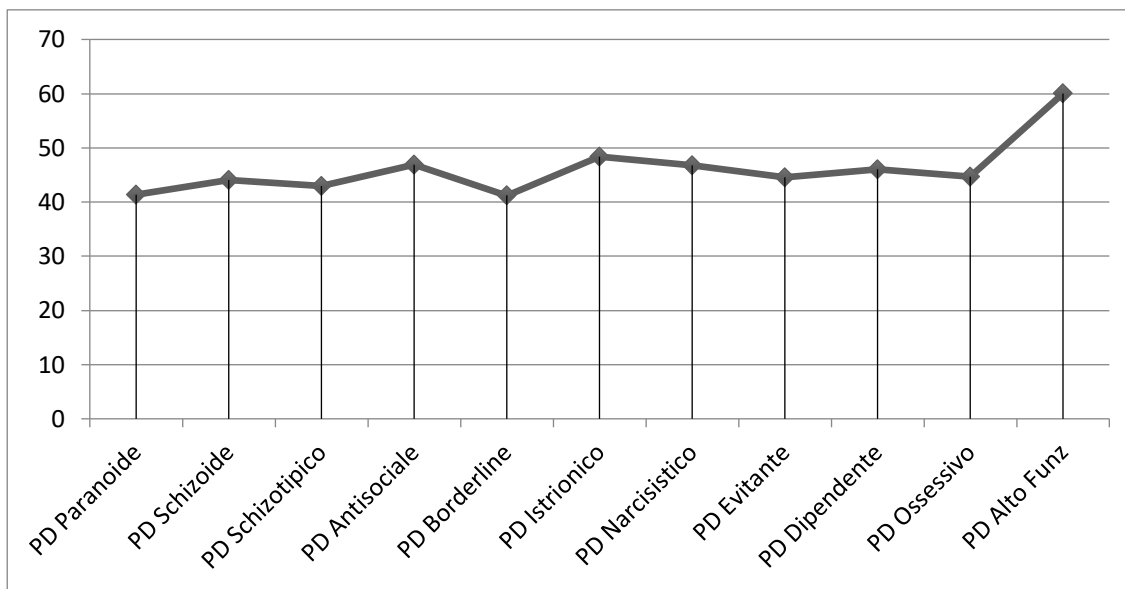


Figura 3.3 –

Profilo Q del campione

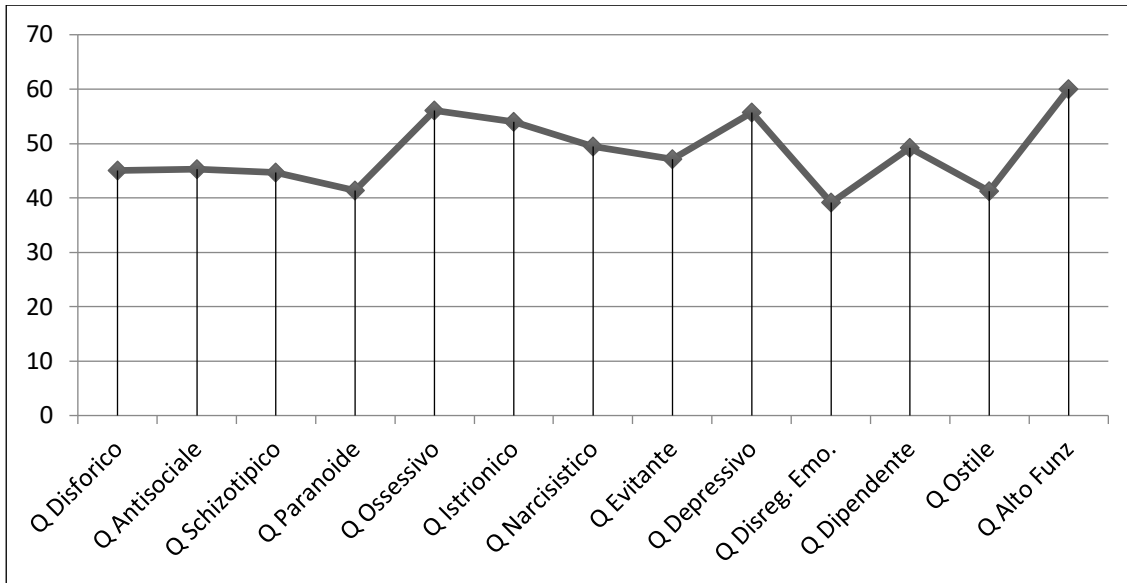


Figura 3.4

Profili PD per i sottogruppi MtoF e FtoM

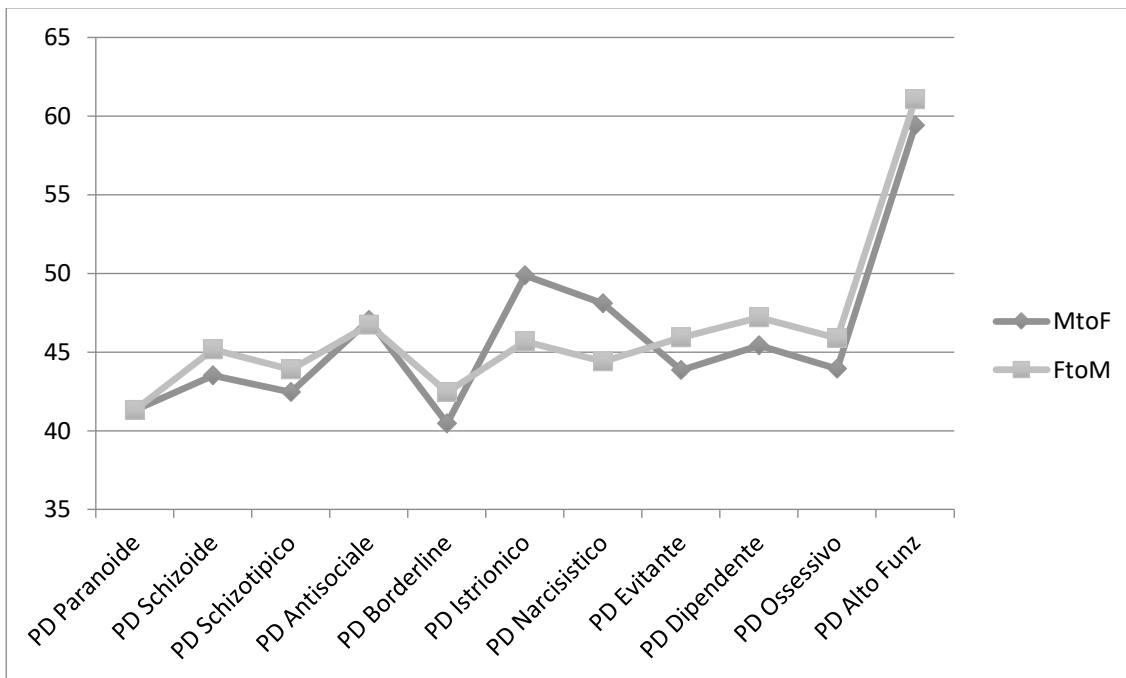
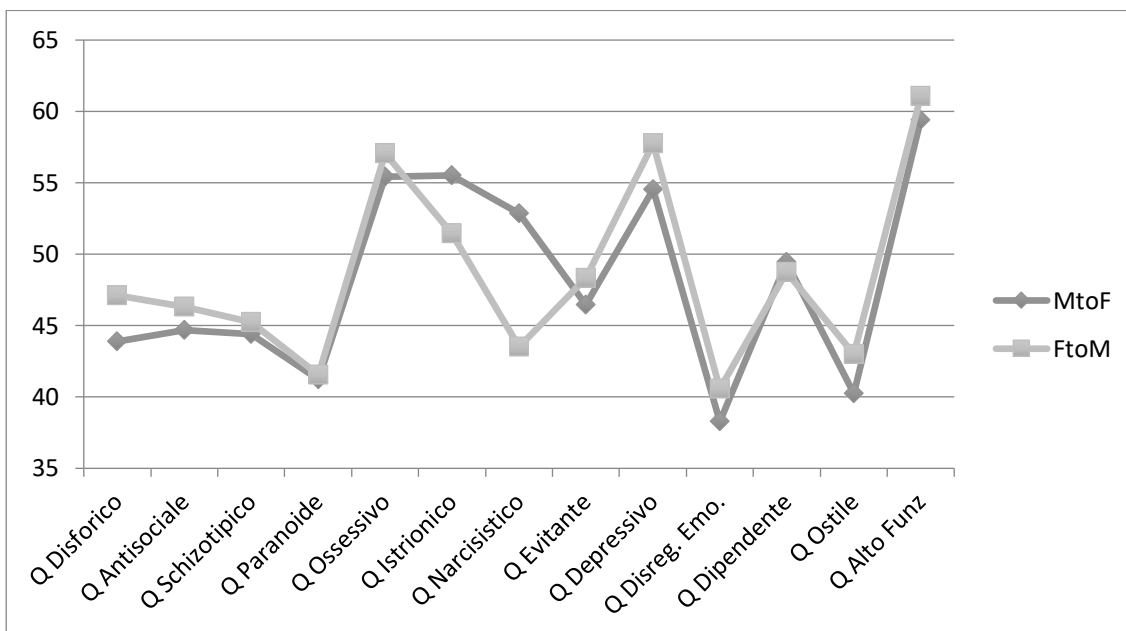


Figura 3.5 –

Profili Q per i sottogruppi MtoF e FtoM



Come si può osservare, per quanto riguarda i punteggi PD, in tutte le scale dei disturbi il campione ha medie molto basse (la più alta è il PD istrionico con un valore di 48,36). È alto invece il valore dell'Alto Funzionamento, che supera la soglia di 60 (60,01). Osservando i sottogruppi, si può notare che gli MtoF mostrano punteggi più alti degli FtoM per i disturbi istrionico (49,89 versus 45,86), narcisistico (48,09 versus 44,38) e antisociale (47,02 versus 46,73) mentre gli FtoM superano gli MtoF, seppur leggermente, in tutti gli altri disturbi. Infine, gli FtoM registrano un punteggio leggermente più alto per l'Alto Funzionamento (61,06 versus 59,41).

Per quanto riguarda i punteggi Q, le medie del campione si mantengono basse, con piccoli rialzi per i fattori Q Ossessivo (56,03), Depressivo ad Alto Funzionamento (55,71) e Istrionico (54,02). Osservando le differenze tra i sottogruppi, si nota che il rialzo per il fattore Q istrionico è a carico degli MtoF (55,50 versus 51,44), così come quello del fattore Q Depressivo ad Alto Funzionamento è carico degli FtoM (57,76 versus 54,54). Da notare infine la differenza dei punteggi per il fattore Q Narcisistico che vede una media nettamente superiore per gli MtoF (52,86 versus 43,53).

Per quanto riguarda i tipi di disturbi presenti nei singoli soggetti nel gruppo sopra soglia per i Disturbi PD (n=7), si può notare la presenza di tre disturbi di personalità: Istrionico (n=4), Dipendente (n=2) e Schizotipico (n=1). Le percentuali possono essere osservate nella Tabella 3.8.

Tabella 3.8

SWAP-200 - Disturbi PD

Istrionico	Schizotipico	Dipendente
4	1	2
57%	14%	29%

3.3.4.3 Risultati della Q-Analysis

Al fine di identificare, nel presente campione di soggetti, l'eventuale presenza di gruppi latenti che - in base alle caratteristiche di personalità - si trovano "in natura", è stata impiegata la Q-analysis (o Q-factor Analysis; Block, 1961, 1978), il cui procedimento è stato descritto nel paragrafo 3.3.3.1.

Sono stati quindi individuati tre fattori-Q: il primo, quello di Alto Funzionamento, spiega il 22,7% della varianza dell'insieme dei dati e comprende N=22 soggetti; il secondo fattore Q, denominato Depressivo/Introverso, spiega il 10,4% della varianza e comprende N=13 soggetti; il terzo fattore, indicato come Istrionico/Estroverso, spiega il 7,6% della varianza e comprende N=6 soggetti.

Le tabelle 3.9, 3.10 e 3.11 mostrano gli item della SWAP-200 che meglio caratterizzano i soggetti in ciascuno dei tre fattori. Gli item sono sistemati in ordine decrescente rispetto alla centralità del costrutto. Il numero evidenziato nella colonna adiacente indica il punteggio medio ottenuto su quell'item nell'ambito di quel determinato fattore. In altre parole, questi punteggi forniscono un indice della misura in cui l'item è descrittivo del paziente su quel determinato fattore-Q.

Tabella 3.9

Fattore Q Alto funzionamento

Item SWAP	Media	Descrizione item
175	5,9	È tendenzialmente coscienzioso e responsabile
68	5,6	Apprezza e sa rispondere all'umorismo
92	5,5	Sa esprimersi in modo articolato
2	5,4	Sa usare i suoi talenti in modo produttivo
63	5,4	Sa essere assertivo in modo efficace
101	5,0	Trova soddisfazione in ciò che fa
106	5,0	Tende a esprimere affetti appropriati
196	5,0	Riesce a trovare senso e soddisfazione da obiettivi a lungo termine
51	4,9	Tende a suscitare simpatia negli altri
59	4,8	È empatico e responsivo verso gli altri
19	4,7	Ama le sfide, prova piacere a realizzare le cose
32	4,7	Sa mantenere una relazione caratterizzata da intimità autentica
95	4,7	Si sente a proprio agio nelle relazioni sociali
121	4,7	È creativo, sa vedere le cose in modo originale
179	4,7	È tendenzialmente energico
89	4,6	Sembra essere riuscito a scendere a patti con esperienze dolorose
183	4,5	Ha intuito psicologico
55	4,5	È capace di trovare soddisfazione nel guidare le persone
200	4,4	Riesce a stringere amicizie intime
35	4,1	È tendenzialmente ansioso
197	4,0	Tende a cercare relazioni in cui si prende cura degli altri

82	3,8	Riesce ad ascoltare una notizia minacciosa sul piano emotivo...
94	3,8	Ha una vita sessuale attiva e soddisfacente
98	3,7	Tende ad aver paura di essere rifiutato o abbandonato da persone significative
25	3,7	Ha difficoltà a riconoscere o esprimere la propria rabbia
111	3,4	È capace di riconoscere punti di vista alternativi anche per argomenti che suscitino emozioni forti

Tabella 3.10

Fattore Q Depressivo/Introverso

Item SWAP	Media	Descrizione item
124	5,2	Tende a evitare situazioni sociali perché ha paura di trovarsi in imbarazzo
98	5,1	Tende ad aver paura di essere rifiutato o abbandonato da persone significative
86	5,0	Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato
25	4,9	Ha difficoltà a riconoscere o esprimere la propria rabbia
11	4,8	Tende ad attaccarsi agli altri in modo intenso e veloce
60	4,6	Tende a essere timido in situazioni sociali
35	4,3	È tendenzialmente ansioso
13	4,2	Tende a usare i propri problemi medici per non lavorare
175	4,2	È tendenzialmente coscienzioso e responsabile
189	4,0	Tende a sentirsi infelice, depresso, abbattuto
77	3,9	Tende a essere eccessivamente bisognoso e dipendente
54	3,6	Tende a sentirsi inadeguato, inferiore, fallito
26	3,5	Tende a essere coinvolto in relazioni in cui subisce abusi
180	3,5	Ha problemi nel prendere decisioni
30	3,4	Tende a sentirsi apatico, privo di energia
33	3,4	È inibito rispetto al raggiungimento di obiettivi e aspirazioni
14	3,3	Tende a incolpare gli altri per i propri fallimenti o difetti
156	3,3	Ha un'immagine del proprio corpo disturbata o distorta, si trova poco attraente
199	3,3	Tende a essere passivo e poco assertivo
12	3,3	Tende a cadere in spirali emotive senza controllo
16	3,3	Tende a essere arrabbiato o ostile (anche inconsciamente)
51	3,3	Tende a suscitare simpatia negli altri
127	3,3	Tende a sentirsi incompreso, maltrattato, vittimizzato

Tabella 3.11

Fattore Q Istrionico/Estroverso

Item SWAP	Media	Descrizione item
158	5,4	Ha paura a coinvolgersi in relazioni a lungo termine
181	4,7	Tende a scegliere partner sessuali inappropriati per età, status, ecc.
35	4,6	È tendenzialmente ansioso
75	4,6	Tende a pensare in termini concreti e a interpretare le cose in modo troppo letterale
148	4,6	Ha poco insight psicologico riguardo alle proprie motivazioni
80	4,4	Tende a essere sessualmente possessivo e geloso
159	4,4	Tende a negare o a disconoscere i propri bisogni di cure e intimità
152	4,3	Tende a rimuovere o dimenticare gli eventi stressanti o a distorcerli
41	4,1	Sembra incapace di descrivere le persone per lui importanti
97	4,1	Tende a usare troppo il proprio aspetto fisico per attirare l'attenzione
128	4,0	Fantastica di trovare l'amore ideale e perfetto
77	3,9	Tende a essere eccessivamente bisognoso e dipendente
98	3,9	Tende ad aver paura di essere rifiutato o abbandonato da persone per lui significative
132	3,7	Tende ad avere molte avventure sessuali, è promiscuo
188	3,6	La sua vita lavorativa tende a essere caotica o instabile
33	3,4	È inibito rispetto al raggiungimento di obiettivi
48	3,4	Vuole essere al centro dell'attenzione
114	3,4	Tende a essere critico con le altre persone
169	3,4	Ha paura di diventare come uno dei suoi genitori
52	3,3	Ha poca empatia, sembra incapace di capire e rispondere ai bisogni degli altri
107	3,3	Tende a esprimere in modo esagerato caratteristiche e modi di fare tradizionalmente associati al proprio sesso
121	3,3	È creativo, sa vedere le cose in modo originale
179	3,3	È tendenzialmente energico e espansivo

Come suggeriscono Westen e Harnden-Fisher (2001), adottando una visione di analisi “categoriale” - secondo cui soggetti che ricevono su un determinato Cluster un punteggio fattoriale $\geq .50$ possono essere considerati “membri” di quel fattore – risulta che il 63,4% (N=26) dei soggetti presenta un punteggio fattoriale almeno pari a .50. Ciò sembra suggerire che, anche laddove i tre Cluster di personalità vengano trattati in modo categoriale, i tre fattori appaiono racchiudere una sostanziale percentuale del più ampio campione di quarantuno soggetti.

Il primo cluster, quello di Alto Funzionamento, è riferito a caratteristiche di personalità associate ad una buona regolazione degli affetti, alla capacità di ingaggiarsi in relazioni affettive ma anche

obiettivi a lungo termine. I soggetti che appartengono a questo cluster risultano coscienti, empatici e dotati di intuito psicologico.

Il secondo cluster di personalità, quello Depressivo/Introverso è caratterizzato da qualità legate all'evitamento delle situazioni sociali come delle relazioni, verosimilmente legato a sentimenti di vergogna, inadeguatezza e fallimento che si associano alla paura di essere rifiutati e/o abbandonati. L'asse timico appare orientato in senso depressivo e si associa a una generale inibizione e passività.

Il terzo cluster di personalità – Istrionico/Estroverso – racchiude caratteristiche di personalità legate all'impulsività che appare, però, principalmente connessa alla sfera della sessualità. Così, le relazioni appaiono caotiche e instabili, la sessualità appare per lo più caratterizzata da promiscuità, vi è la tendenza ad essere al centro dell'attenzione utilizzando il proprio aspetto fisico e ad esagerare le caratteristiche associate al proprio sesso. A simili qualità si associano la paura di essere rifiutato e/o abbandonato dalle persone significative ma al contempo la paura di coinvolgersi in relazioni intime. I soggetti appartenenti a questo Cluster appaiono connotati da scarso intuito psicologico e limitate capacità empatiche.

Infine ho inserito in una tabella a doppia entrata i dati relativi al genere (MtoF e FtoM) con quelli relativi ai tre nuovi gruppi trovati con la Q-Analysis. I risultati sono mostrati nella Tabella 3.12.

Tabella 3.12

Genere e Sottogruppi Q

		Sottogruppi Q			Tot
		Q Alto-Funzionamento	Q Depressivo-Introverso	Q Istrionico-Estroverso	
		<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
		%	%	%	%
<i>Genere</i>	MtoF	14 51,9%	7 25,9%	6 22,2%	27 100,0%
	FtoM	8 57,1%	6 42,9%	0 0,0%	14 100,0%
Tot		22 53,7%	13 31,7%	6 14,6%	41 100,0%

Si noti il dato rilevante relativo al terzo sottogruppo, quello Q Istrionico-Estroverso, che contiene esclusivamente soggetti MtoF (N=6, 22,2% degli MtoF totali). Gli FtoM si dividono tra i restanti due fattori con un 57,1% in quello ad Alto Funzionamento, e un 42,9% in quello Depressivo-Introverso.

La metà degli MtoF ricade in quello ad Alto Funzionamento, mentre l'altra metà si divide quasi equamente tra gli altri due gruppi.

3.3.4.4 Confronti tra soggetti: modelli di attaccamento e personalità

Ho confrontato la distribuzione dello stato mentale relativo all'attaccamento in diversi sottogruppi: dapprima nei quattro sottocampioni trovati con i punteggi PD della SWAP (d'ora in poi definiti "Sottogruppi SWAP"), poi con i tre sottogruppi individuati dalla Q-Analysis (d'ora in poi definiti "Sottogruppi Q"). L'analisi della distribuzione degli stati della mente rispetto all'attaccamento è stata svolta con il Chi-Quadrato.

3.3.4.4.1 Classificazioni e punteggi scale AAI nei sottogruppi SWAP

Per quanto riguarda la distribuzione dei modelli di attaccamento nei sottogruppi SWAP si osservi la Tabella 3.13.

Tabella 3.13

Modelli di attaccamento nei Sottogruppi SWAP

		Sottogruppi SWAP				Totale
		Disturbo PD	Subclinico PD	Alto Funzionamento	Basso Funzionamento senza problemi Personalità (PD)	
Codifica AAI	Ds	0	0	0	1	1
		0%	0%	0%	100%	100%
F		2	4	9	1	16
		12%	25%	56%	6%	100%
E		0	0	5	0	5
		0%	0%	100%	0%	100%
U,CC		5	3	8	6	22
		23%	14%	36%	27%	100%
Totale		7	7	22	8	44
		16%	16%	50%	18%	100,00%

Note. PD=Disturbo di Personalità; Ds=Distanziante; F=Sicuro; E=Preoccupato; U=Irrisolto; CC=Cannot Classify.

Dalla distribuzione dei modelli di attaccamento nei sottogruppi SWAP si possono delineare i seguenti punti:

- I soggetti Preoccupati (E) appartengono tutti al sottogruppo SWAP ad Alto Funzionamento
- Il quarto sottogruppo SWAP, a Basso funzionamento senza problemi di personalità ha il tasso di disorganizzazione più elevato (75%), seguito dal sottogruppo con un Disturbo PD (71%)
- Il sottogruppo subclinico registra il tasso più elevato di attaccamento sicuro (F) (57%)
- Il test Chi-Quadrato non può essere eseguito a causa dei conteggi inferiori a cinque nell'87,5% delle celle

3.3.4.4.2 Classificazioni e punteggi scale AAI nei sottogruppi Q

Per quanto riguarda la distribuzione dei modelli di attaccamento nei sottogruppi Q si osservi la

Tabella 3.14:

Tabella 3.14

Modelli di attaccamento nei sottogruppi Q

		<i>Sottogruppi Q</i>			Totale
		Alto Funzionamento	Depressivo/ Introverso	Istrionico/ Estroverso	
<i>Codifica AAI</i>	Ds	0 0%	1 100%	0 0%	1 100%
	F	9 60%	5 33%	1 7%	15 100%
	E	4 100%	0 0%	0 0%	4 100%
	U,CC	9 43%	7 33%	5 24%	21 100%
Totale		22 54%	13 32%	6 15%	41 100%

Note. PD=Disturbo di Personalità; Ds=Distanziante; F=Sicuro; E=Preoccupato;U=Irrisolto; CC=Cannot Classify

Dalla distribuzione dei modelli di attaccamento nei sottogruppi Q è possibile delineare i seguenti punti:

- I soggetti Preoccupati (E) appartengono tutti al sottogruppo Q ad Alto Funzionamento
- Il terzo sottogruppo Q, Istrionico/Estroverso, ha il tasso di disorganizzazione più elevato (83%), seguito dal sottogruppo Depressivo/Estroverso (54%)
- Il sottogruppo ad Alto Funzionamento registra il tasso più elevato di attaccamento sicuro (F) (41%)
- Il test Chi-Quadrato non può essere eseguito a causa dei conteggi inferiori a cinque nel 75% delle celle

3.3.5 Discussione

Confrontando la ricerca con gli studi presenti in letteratura, si trovano sia elementi di continuità sia risultati inediti e rilevanti. Per quanto riguarda l'attaccamento, come abbiamo visto nel cap.2, sia Birkenfeld-Adams (1996), sia Vitelli e Riccardi (2010), sia Colizzi et al. (2013), nei loro campioni, hanno trovato percentuali di Insicurezza dell'Attaccamento intorno al 70%. La percentuale dello studio corrente è più bassa (63%), ma l'elemento più rilevante è che la maggior parte dei soggetti insicuri sono disorganizzati (50% dell'intero campione), dato in continuità con la ricerca di Cook (1999), che individuava una classificazione primaria U in quattro dei suoi sei soggetti. Si rimanda il lettore alle discussioni del secondo studio, con un campione più ampio, per tutto ciò che riguarda l'attaccamento.

Sul versante della personalità lo studio trova risultati molto interessanti, mettendo in luce aspetti finora non esplorati dalle precedenti ricerche. Tali novità, come già espresso nel cap. 2, sono a mio parere legate alla scelta metodologica di uno strumento *clinician-report* come la SWAP-200, che, tramite un'analisi dimensionale approfondita della personalità, riesce ad andare più a fondo delle indagini *self-report* svolte con la MMPI. Come descritto nel precedente capitolo, infatti, gli studi con

MMPI, MMPI-2 e MMPI-A hanno il limite fondamentale di indagare la psicopatologia della personalità in soggetti che, nel caso delle persone transessuali, sono per diversi motivi spesso interessati a fornire immagini di sé molto positive. Il questionario self-report rischia così di subire un filtro che censura tutti quegli aspetti identificati dal soggetto come pericolosi per l'evoluzione del proprio percorso. È importante ricordare infatti che la comorbilità psichiatrica è uno dei motivi più ricorrenti di esclusione per i soggetti dai servizi di riassegnazione chirurgica del sesso. Per questo motivo, mediante l'utilizzo di uno strumento *clinician-report*, ci si aspettava di trovare nel campione della ricerca un'elevata frequenza di disturbi di personalità. Come si può osservare nella tabella 3.5 (vedi par. 3.3.4.2), in base ai punteggi della SWAP-200 il campione può essere suddiviso in quattro sottogruppi: ventidue soggetti con un punteggio di Alto funzionamento sopra la soglia del 60 (50% del campione), sette soggetti con un punteggio superiore a 60 in una scala dei disturbi PD (16% del campione), altri sette che si attestano in una fascia subclinica, tra 55 e 60 (16% del campione) e gli ultimi otto con un basso funzionamento (inferiore a 60) e tutte le scale dei disturbi PD sotto la soglia del 55 (18% del campione). I disturbi di personalità sono presenti solo in sette soggetti (16% del campione) e sono così suddivisi: quattro soggetti presentano un disturbo istrionico, due un disturbo dipendente, uno un disturbo schizotipico. Rispetto alla personalità, dunque, il campione riporta risultati piuttosto positivi, l'ipotesi va dunque respinta. Inoltre, tutti e tre i cluster (A,B,C) dei disturbi di personalità sono rappresentati, è molto difficile quindi concludere identificando un disturbo o un'organizzazione di personalità come dominante tra i soggetti transessuali. Osservando poi le medie generali del campione per le singole scale della SWAP-200, notiamo che tutte le scale dei Disturbi sono sotto la soglia del 50, quindi, a livello generale, il campione non mostra tratti di nessun disturbo, mentre per quanto riguarda l'alto funzionamento il punteggio medio di 60,01 indica un funzionamento generale piuttosto alto. Per quanto riguarda le differenze tra i sottogruppi MtoF e FtoM, l'ipotesi sembra invece essere confermata: si può notare che, in linea con quanto trovato in letteratura, il sottogruppo FtoM sembra avere un funzionamento lievemente più elevato. Il sottogruppo MtoF registra punteggi più elevati per il disturbo istrionico e per il disturbo narcisistico, mentre i soggetti

FtoM mostrano punteggi più elevati per i disturbi dipendente e evitante. Esce dunque un quadro sostanzialmente positivo, coerente con i rilevamenti recenti di de Vries, Kreukels, et al. (2011) e Gómez-Gil et al. (2008). La presenza però di un gruppo così cospicuo di soggetti (18% del campione) non classificabili nel gruppo di alto funzionamento e non ascrivibili a nessun disturbo, nemmeno per le fasce subcliniche, mi ha spinto a ricercare ulteriori suddivisioni tramite una Q-Analysis, di cui si parlerà alla fine di questo capitolo.

Per verificare poi se esiste un rapporto fra l'insicurezza e la disorganizzazione rispetto all'attaccamento e la patologia di personalità nelle persone transessuali ho svolto le analisi statistiche riportate nel par. 3.3.4.4. In queste analisi ho incrociato i risultati ottenuti con la AAI con quelli ottenuti con la SWAP-200. Non sembra esserci un rapporto diretto a livello macroscopico (la disorganizzazione dell'attaccamento, ad esempio, è presente con valori che superano il 30% in tutti e quattro i sottogruppi che ho identificato differenziando le caratteristiche di personalità), ma si possono notare dei legami più sottili: i soggetti preoccupati, per esempio, appartengono tutti al sottogruppo SWAP ad Alto Funzionamento. Il tasso di disorganizzazione più elevato (75%) appartiene al sottogruppo a "Basso funzionamento senza problemi di personalità", seguito dal sottogruppo con un Disturbo PD (71%). Il sottogruppo Subclinico e quello ad Alto Funzionamento mostrano valori di disorganizzazione più bassi (43% nel subclinico, 36% nell'Alto Funzionamento), ma comunque elevati. Il tasso di attaccamento sicuro più elevato appartiene invece al sottogruppo subclinico (F=57%).

Infine, ho ipotizzato se fosse possibile una sottotipizzazione del campione tramite la SWAP-200, ovvero se si potesse scovare, nel presente campione, un'eventuale presenza di gruppi latenti che "in natura" mostrino caratteristiche simili di personalità. A tal fine è stata impiegata la Q-analysis (o Q-factor Analysis, Block, 1961, 1978), applicata alle valutazioni realizzate con la SWAP-200. Sono emersi tre fattori, in base ai quali i soggetti possono essere distribuiti in tre nuovi cluster.

Il primo *cluster*, quello di *Alto Funzionamento*, è riferito a caratteristiche di personalità associate ad una buona regolazione degli affetti, alla capacità di ingaggiarsi in relazioni affettive e in obiettivi

a lungo termine. I soggetti che appartengono a questo *cluster* risultano coscienti, empatici e dotati di intuito psicologico.

Il secondo cluster di personalità, quello *Depressivo/Introverso* è caratterizzato da qualità legate all'evitamento delle situazioni sociali come delle relazioni, verosimilmente legato a sentimenti di vergogna, inadeguatezza e fallimento che si associano alla paura di essere rifiutati e/o abbandonati. L'asse timico appare orientato in senso depressivo e si associa a una generale inibizione e passività.

Il terzo cluster di personalità – *Istrionico/Estroverso* – racchiude caratteristiche di personalità legate all'impulsività che appare, però, principalmente connessa alla sfera della sessualità. Così, le relazioni appaiono caotiche e instabili, la sessualità appare per lo più caratterizzata da promiscuità, vi è la tendenza ad essere al centro dell'attenzione utilizzando il proprio aspetto fisico e ad esagerare le caratteristiche associate al proprio sesso. A simili qualità si associano la paura di essere rifiutato e/o abbandonato dalle persone significative ma al contempo la paura di coinvolgersi in relazioni intime. I soggetti appartenenti a questo cluster appaiono connotati da scarso intuito psicologico e limitate capacità empatiche.

Analizzando la distribuzione all'interno dei cluster dei soggetti in base al genere, si può notare che il terzo cluster, quello istrionico-estroverso è caratterizzato nella sua totalità da soggetti MtoF.

Ho poi indagato la distribuzione degli stati della mente rispetto all'attaccamento all'interno dei nuovi cluster trovati, giungendo ad alcune scoperte interessanti. Nelle analisi è emerso che tutti i soggetti preoccupati (E) appartengono al cluster ad Alto Funzionamento. Inoltre, per quanto riguarda la disorganizzazione, è stato trovato un tasso molto elevato (83%) per il cluster Istrionico-Estroverso, che, si ricorda, è a totalità MtoF. Il cluster ad Alto Funzionamento registra il tasso di attaccamento sicuro (F) più elevato (41%).

Mi pare infine interessante questa associazione tra il genere MtoF, una personalità caratterizzata da tratti istrionici e impulsivi, e un alto tasso di disorganizzazione dell'attaccamento. Una maggiore disforia del sottogruppo MtoF rispetto a quello FtoM è un dato ricorrente nelle indagini sulla personalità descritte nel Cap. 2 (si veda ad es. Lothstein, 1979, o i più recenti Gómez-Gil, 2008 e de

Vries, Kreukels, et al. 2011). Lo studio presente sembra fornire una possibile interpretazione per tale differenza, mettendo in risalto da una parte le problematiche maggiori dell'attaccamento del sottogruppo MtoF, dall'altra una personalità che, fortemente connotata in senso teatrale-emotivo-impulsivo, sembra riprodurre uno stereotipo di genere iper-femminile. Potrebbero essere questi i tratti principali di una disforia che, come riportano diversi studi di follow-up (si veda ad es. Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2005), si andrebbe attenuando con il procedere del percorso verso la riassegnazione chirurgica sessuale, ovvero tramite l'adeguamento del fenotipo fisico-sessuale al ruolo di genere percepito. Tale ruolo, finché non trova un'adeguata espressione, potrebbe polarizzare, quasi in modo compensatorio, l'espressione della personalità e le sue dinamiche relazionali su un versante istrionico. Ritengo questi risultati, pur nei limiti di una ricerca condotta su un campione poco numeroso, terreno fertile per futuri studi che indaghino il transessualismo anche a partire dalle variabili dell'attaccamento e della personalità.

3.3.5 Limiti e direzioni future dello studio

Questo primo studio presenta alcuni limiti. Il primo è l'assenza del gruppo di controllo. Il secondo è l'esiguità relativa del campione studiato. Per questo motivo nel secondo studio, dopo aver ampliato il campione, per permettere confronti significativi ed arrivare a risultati generalizzabili in misura maggiore, come vedremo, si è scelto di aggiungere un campione di controllo scelto tra la popolazione normativa. I risultati di questo primo studio vanno quindi considerati come preliminari e non generalizzabili. Tuttavia, ritengo che le significatività trovate siano da stimolo per ricerche future su attaccamento e personalità, come variabili di cui tenere conto negli studi sulla disforia di genere. Possono senza dubbio costituire la base per molteplici analisi relative a un costrutto così complesso come la varianza di genere. Un altro limite riguarda le caratteristiche del campione che, come già sottolineato, è sorprendentemente omogeneo: tutti i partecipanti, MtoF e FtoM, hanno un orientamento omosessuale e dichiarano un *onset* della disforia molto precoce (prima o seconda

infanzia). Sarebbe interessante, a questo riguardo, validare anche in Italia la correlazione trovata da Lawrence (2010, 2013) tra l'indice dell'Individualismo (*Individualism Index*, IDV) di Hofstede (2001) e la prevalenza di orientamenti non-omosessuali nelle persone MtoF (al momento, non ci sono campioni italiani nei suoi studi). Infine, sarebbe interessante approfondire la valutazione della personalità confrontando in modo longitudinale le persone transessuali in diverse fasi del percorso di transizione, per osservare in un'ottica dimensionale i cambiamenti nei profili della SWAP-200.

3.4 Studio 2. Attaccamento e trauma complesso

3.4.1 Obiettivi

L'obiettivo di questo secondo studio è stato quello di indagare i pattern di attaccamento e la presenza di trauma complesso in un campione ampio di transessuali adulto, confrontati con un campione di controllo di cui sono state indagate le stesse variabili. A tale riguardo, le ipotesi di ricerca sono state le seguenti:

1. In linea con i dati presenti in letteratura e con i risultati emersi nello Studio 1, nei soggetti transessuali sono più frequenti i modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato e meno frequenti quelli sicuri, se confrontati con un campione normativo;
2. All'interno delle relazioni primarie di accudimento, nel campione DG si trova una più elevata frequenza di esperienze traumatiche precoci, se confrontati con un campione normativo; e, infine,
3. È possibile riscontrare delle differenze significative tra i sottogruppi MtoF e FtoM rispetto ad attaccamento e storie traumatiche.

3.4.2 Il campione

Il campione del presente studio, consistente di un allargamento di quello dello studio precedente, comprende novantacinque adulti con diagnosi di DG (74 MtoF, 21 FtoM). Il campione (d'ora in poi abbreviato con CDG) è stato reclutato presso il SAIFIP di Roma e presso l'UPCPA del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi Federico II di Napoli. Tutti i partecipanti hanno dichiarato un inizio molto precoce (1-3 anni) della DG. L'età media del campione è di ventinove anni ($ds=7,2$). La stessa età media è stata trovata nel sottogruppo MtoF ($ds=7,8$) e FtoM ($ds=5,0$). Rispetto alla nazionalità, tutti gli FtoM sono italiani, mentre l'86% delle MtoF sono italiane e il 14% sud-Americane. Rispetto al livello di educazione, il 3% ha una licenza elementare, il 39% un diploma di scuola media, il 51% un diploma di liceo o istituto tecnico, il 7% una laurea. Per questo campione

più ampio, non ho ricevuto dati relativi all'orientamento sessuale.

Il gruppo di controllo, reclutato tra la popolazione normativa tramite la metodologia “a palla di neve” (*snowball sampling*), è composto da centoventitre individui, sessantuno maschi e sessantadue femmine. Età media del gruppo è di 34 anni (ds=10,2), l'età media dei maschi è 35 anni (ds=11,9), delle femmine 33 anni (ds=5.6). Ad eccezione del 2% del gruppo, tutti i controlli sono italiani. Rispetto al livello di educazione, il 27% dei controlli ha un diploma di scuola media, il 54% un diploma di liceo o istituto tecnico, il 19% una laurea.

3.4.3 Metodi

La ricerca si è articolata in due fasi. Nella prima, è stata somministrata l'*Adult Attachment Interview* ai soggetti del campione che non erano compresi nello studio 1. Le interviste sono state audio-registrate, e successivamente trascritte *verbatim* per essere codificate, come da protocollo.

Successivamente, è stato applicato il *Complex-TQ* ai trascritti di tutte le interviste, comprese quelle del primo studio.

3.4.4 Risultati

3.4.4.1 Risultati della AAI

3.4.4.1.1 Classificazioni AAI

L'analisi a 4-vie dei trascritti dell'AAI ha trovato nel campione di controllo 61% dei partecipanti con una classificazione Sicura (F), 19% con una classificazione Distanziante (Ds), 7% Preoccupati (E), e 13% Disorganizzati (U). Nel CDG, invece, 27% con classificazione F, 14% Ds, 13% E e 46% Disorganizzati (U e CC). Più nel dettaglio, rispetto alla componente disorganizzata del CDG, 19% ha

una classificazione Irrisolta per lutti o traumi (U), il 17% una classificazione Cannot Classify (CC), e il 10% entrambe le classificazioni (U/CC).

La Tabella 3.15 mostra la distribuzione delle classificazioni AAI per il CDG e i controlli attraverso il confronto delle dimensioni sicurezza-insicurezza e organizzazione-disorganizzazione. La percentuale degli stati della mente sicuri è chiaramente minore nel CDG (27%) rispetto ai controlli (61%), mentre le classificazioni insicure sono più frequenti nel CDG (73%) rispetto ai controlli (39%). Le distribuzioni differiscono significativamente, $\chi^2(1, N=218)=24.347, p=.000$, effect size $\phi=1.65$, mostrando una sotto-rappresentazione delle classificazioni sicure ($rs=-2,7$) e una sovra-rappresentazione delle categorie insicure ($rs=2.5$). Rispetto alla distribuzione delle classificazioni organizzate (F, Ds ed E) versus le disorganizzate (U e CC), le categorie organizzate sono più frequenti nei controlli (87%) rispetto al CDG (54%), mentre la disorganizzazione è più elevata nel CDG (46% contro il 13% dei controlli). Le due distribuzioni mostrano una differenza significativa, $\chi^2(1, N=218)=29.810, p=.000$, effect size $\phi=2.01$, dal momento che nel CDG gli stati della mente disorganizzati sono sovra-rappresentati ($rs=3.5$) e, in misura minore, sono state trovate meno categorie organizzate ($rs=-2,2$) del previsto.

Tabella 3.15

Distribuzione delle classificazioni AAI (sicuri vs insicuri e organizzati vs disorganizzati) per il CDG e i controlli

	Controlli (n=123)	CDG (n=95)
Sicuri (F)	75 (61%) ($rs=2.4$)	26 (27%) ($rs=-2.7$)
Insicuri (Ds, E, U, CC)	48 (39%) ($rs=-2.2$)	69 (73%) ($rs=2.5$)
Organizzati (F, Ds, E)	107 (87%) ($rs=1.9$)	51 (54%) ($rs=-2.2$)
Disorganizzati (U, CC)	16 (13%) ($rs=-3.1$)	44 (46%) ($rs=3.5$)

Note. F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify; rs =residui standardizzati.

Confrontando i dati del CDG con i campioni normativi e clinici delle meta-analisi internazionali (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009) e nazionali (Cassibba, Sette, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2013) con riferimento alla distribuzione a 4-vie dell'AAI e alle classificazioni organizzate vs. disorganizzate (Tabella 3.16). Le analisi della distribuzione a 4-vie ha mostrato che il CDG differisce significativamente dai campioni normativi, sia internazionali [$\chi^2(3, N=788)=45.503, p=.000, \text{effect size Cramer's } V=.94$] sia italiani [$\chi^2(3, N=937)=119.800, p=.000, \text{effect size Cramer's } V=2.26$], e, considerando l'effect size più basso, in misura minore anche dal campione italiano clinico [$\chi^2(3, N=355)=14.347, p=.002, \text{effect size Cramer's } V=.44$], mentre non mostra differenza con quello clinico internazionale. Rispetto al confronto tra le classificazioni organizzate e disorganizzate, il CDG continua a mostrare differenze significative con i campioni non-clinici internazionali [$\chi^2(1, N=788)=39.085, p=.000, \text{effect size } \phi=1.39$] e italiani [$\chi^2(1, N=937)=115.369, p=.000, \text{effect size } \phi=3.77$], mentre non mostra differenze significative con i clinici.

Tabella 3.16

Confronti con i dati presenti in letteratura rispetto alle classificazioni AAI (Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2009*; Cassibba et al., 2013**)

	CDG (n=95)	Campione Normativo* (N=693)	Campione Clinico* (N=1854)	Campione Normativo** (N=842)	Campione Clinico** (N=260)
F	26 (27%)	392 (56%)	426 (21%)	508 (60%)	43 (17%)
Ds	13 (14%)	112 (16%)	389 (23%)	172 (21%)	79 (30%)
E	12 (13%)	63 (9%)	241 (13%)	92 (11%)	44 (17%)
U/CC	44 (46%)	126 (18%)	797 (43%)	70 (8%)	94 (36%)
Organizzati	51 (54%)	567 (82%)	1056 (57%)	772 (92%)	166 (64%)
Disorganizzati	44 (46%)	126 (18%)	797 (43%)	70 (8%)	94 (36%)

Note. F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify.

3.4.4.1.2 Scale dello stato della mente

Rispetto alle scale dello stato della mente, si è scelto di indagare solo quelle direttamente riferite alle due figure genitoriali, ovvero l'Idealizzazione, la Svalutazione e la Rabbia. La Tabella 3.17 mostra i punteggi medi delle tre scale per i due gruppi. Nel CDG, l'Idealizzazione della madre e la Svalutazione e la Rabbia nei confronti del padre sono significativamente più alte se confrontate con i controlli.

Tabella 3.17

Punteggi medi (e deviazioni standard) delle scale dello stato della mente AAI per il CDG e controlli

		Controlli (n=123)	CDG (n=95)	<i>t</i> (df=216)	Effect size (Cohen's <i>d</i>) ^a	<i>p</i>
Idealizzazione	Ms	2.77 (1.70)	3.29 (2.08)	-1.963	.28	<.05
	Fs	2.26 (1.64)	2.02 (1.73)	1.446	-	n.s.
Svalutazione	Ms	1.25 (.80)	1.34 (1.24)	-.667	-	n.s.
	Fs	1.25 (.80)	1.70 (1.82)	-2.214	.33	<.05
Rabbia	Ms	1.53 (.96)	1.50 (1.14)	.229	-	n.s.
	Fs	1.40 (.89)	1.97 (1.55)	-3.177	.47	<.01

Note. Ms=madri; Fs=padri.

^a L'effect size è misurato con la *d* di Cohen. Un valore di 0.80 o maggiore indica un effect size elevato, tra 0.50 a 0.79 un effect size medio e tra 0.20 e 0.49 un effect size ridotto. Un effect size minore di 0.20 è trascurabile (Cohen, 1988).

3.4.4.2 Risultati del Complex-TQ

Presenza delle esperienze traumatiche precoci

La presenza di esperienze traumatiche precoci è stata valutata con il Complex-TQ, prendendo in considerazione il numero delle diverse forme traumatiche esperite nei primi 14 anni di vita all'interno delle relazioni primarie. I risultati mostrano che il 10% del CDG non ha patito alcuna forma traumatica precoce, il 13% ha fatto esperienza di una forma di trauma, l'8% di due forme, il 13% di tre forme, e il 56% di quattro o più forme di esperienze traumatiche diverse. Rispetto ai controlli, il

30% dei partecipanti non ha fatto esperienza di alcuna forma traumatica, il 37% ha patito una sola forma di trauma, il 16% due forme, il 9% tre forme, e il 7% quattro o più forme traumatiche diverse.

La Tabella 3.18 mostra la distribuzione degli individui (CDG e controlli) con una storia caratterizzata da meno di quattro esperienze traumatiche precoci confrontata con la distribuzione di individui poli-vittimizzati, con almeno 4 forme diverse di traumi. È stata scelta questa divisione seguendo l'esempio di Finkelhor et al. (2007) e di Murphy et al. (2014), identificando la co-occorrenza di quattro o più forme traumatiche diverse come un criterio per definire un alto livello di traumatizzazione. La percentuale <4 è minore nel CDG (44%) rispetto ai controlli (93%), mentre la percentuale ≥ 4 è più alta nei CDG (56%) rispetto ai controlli (7%). Le due distribuzioni mostrano una differenza significativa, $\chi^2(1, N=218)=61.881, p=.000$, effect size $\varphi=4.19$, con una forte sovrarappresentazione della poli-vittimizzazione ($sr=5.0$) e una sotto-rappresentazione nel CDG della presenza di meno di 4 forme traumatiche ($sr=-3.2$).

Tabella 3.18

Presenza di trauma (<4 vs. ≥ 4) per CDG e Controlli

	Controlli (n=123)	CDG (n=95)
<4	114 (93%) (<i>rs=2.8</i>)	42 (44%) (<i>rs=-3.2</i>)
≥ 4	9 (7%) (<i>rs=-4.4</i>)	53 (56%) (<i>rs=5.0</i>)

Note. <4 =individui con meno di quattro tipologie di trauma; ≥ 4 =individui con più di quattro tipologie di trauma (poli-vittimizzazione); *rs*=residui standardizzati.

Inoltre, è stato effettuato un confronto tra il CDG e un campione clinico preso dallo studio di Maggiora Vergano et al. (2015), composto da individui con disturbi dissociativi e disturbi della personalità. Non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi, anche quando la presenza di trauma è stata suddivisa in due categorie (<4 =assenza vs. ≥ 4 = presenza di poli-vittimizzazione).

Frequenze delle esperienze traumatiche precoci

La Tabella 3.19 mostra i punteggi medi di tutte le scale del Complex-TQ per il CDG e i Controlli. Differenze significative tra i due gruppi sono state trovate rispetto alla maggior parte delle esperienze traumatiche, ad eccezione dell'inversione di ruolo paterna, dell'abuso fisico e della violenza domestica assistita in cui erano coinvolte le madri, e l'abuso sessuale da parte di entrambi i genitori. Gli effect size più elevati sono risultati dai confronti tra la trascuratezza e il rifiuto paterno. Inoltre, sono state trovate differenze significative rispetto ai lutti precoci riguardanti i padri [$\chi^2(1, N=218)=11.944; p=.001$, effect size $\varphi=.81$] e, in misura minore, altre figure significative [$\chi^2(1, N=218)=6.374, p=.012$, effect size $\varphi=.43$], ma non rispetto alle madri.

Tabella 3.19

Frequenza dei traumi (punteggi medi e deviazioni standard) per CDG e Controlli

		Controlli (n=123)	CDG (n=95)	t (df=216)	Effect size (Cohen's d)	p
Trascuratezza	Ms	1.27 (.39)	1.50 (.65)	-3.075	.44	<.01
	Fs	1.32 (.40)	2.12 (.92)	-7.912	1.18	<.001
Rifiuto	Ms	1.18 (.35)	1.33 (.46)	-2.695	.37	<.01
	Fs	1.13 (.33)	1.65 (.65)	-7.131	1.05	<.001
Inversione di ruolo	Ms	1.13 (.30)	1.30 (.42)	-3.382	.48	<.001
	Fs	1.02 (.12)	1.05 (.18)	-1.698	-	n.s.
Abuso psicologico	Ms	1.06 (.14)	1.11 (.16)	-2.171	.34	<.05
	Fs	1.05 (.15)	1.15 (.22)	-4.026	.54	<.001
Abuso fisico	Ms	1.09 (.23)	1.16 (.29)	-1.754	-	n.s.
	Fs	1.05 (.20)	1.24 (.44)	-3.947	.58	<.001
Abuso sessuale	Ms	1.00 (.00)	1.02 (.13)	-1.639	-	n.s.
	Fs	1.00 (.00)	1.01 (.08)	-1.386	-	n.s.
	OFs	1.01 (.05)	1.09 (.29)	-2.645	.41	<.01
Violenza assistita	Ms	1.11 (.25)	1.21 (.48)	-1.861	-	n.s.
	Fs	1.10 (.26)	1.27 (.59)	-2.680	.39	<.01
Separazioni	Ms	1.06 (.24)	1.21 (.58)	-2.337	.35	<.05
	Fs	1.19 (.49)	1.56 (.90)	-3.682	.53	<.001
Lutti	Ms	n=0 (0%)	n=3 (3%)			
	Fs	n=1 (1%)	n=11 (12%)	---		---
	OFs	n=33 (27%)	n=41 (43%)			

Note. Ms=madri; Fs=padri; OFs=altre figure significative.

Il confronto con i dati presenti in letteratura (Maggiara Vergano et al., 2015), rispetto alla frequenza osservata in tutte le scale del Complex-TQ è mostrata nella Tabella 3.20. Differenze significative si trovano nelle seguenti scale della mente, tutte riguardanti la relazione con la madre: Trascuratezza, Rifiuto, Abuso psicologico, Abuso fisico e Violenza domestica assistita. Non ci sono differenze significative rispetto ai lutti.

Tabella 3.20

Confronto con i dati presenti in letteratura (Maggiara Vergano et al., 2015) rispetto alla frequenza di traumi

		GD (n=95)	Clinical sample* (n=56)	t (df=149)	Effect size (Cohen's d)	p
Trascuratezza	Ms	1.50 (.65)	2.03 (.66)	-4.768	.81	<.001
	Fs	2.12 (.92)	2.07 (.76)	.364	-	n.s.
Rifiuto	Ms	1.33 (.46)	1.75 (.62)	-4.366	.80	<.001
	Fs	1.65 (.65)	1.64 (.56)	.059	-	n.s.
Inversione di ruolo	Ms	1.30 (.42)	1.39 (.62)	-.990	-	n.s.
	Fs	1.05 (.18)	1.12 (.34)	-1.428	-	n.s.
Abuso psicologico	Ms	1.11 (.16)	1.22 (.24)	-3.087	.57	<.01
	Fs	1.15 (.22)	1.18 (.21)	-.758	-	n.s.
Abuso fisico	Ms	1.16 (.29)	1.39 (.54)	-2.979	.57	<.01
	Fs	1.24 (.43)	1.32 (.49)	-1.063	-	n.s.
Abuso sessuale	Ms	1.02 (.13)	1.04 (.18)	-.851	-	n.s.
	Fs	1.01 (.08)	1.03 (.15)	-1.165	-	n.s.
	OFs	1.09 (.29)	1.06 (.22)	.584	-	n.s.
Violenza assistita	Ms	1.21 (.48)	1.46 (.62)	-2.586	.47	<.05
	Fs	1.27 (.59)	1.46 (.62)	-1.862	-	n.s.
Separazioni	Ms	1.20 (.58)	1.29 (.62)	-.814	-	n.s.
	Fs	1.56 (.90)	1.75 (.89)	-1.243	-	n.s.

Note. Ms=madri; Fs=padri; OFs=altre figure significative.

3.3.4.3 Confronti tra soggetti: modelli di attaccamento e trauma complesso

A un livello più profondo di analisi, si è scelto di confrontare i campioni al livello dei sottogruppi. Trattandosi di esperienze precoci, i confronti sono stati svolti basandosi sul sesso biologico, quindi

mettendo a confronto le persone MtoF con i maschi dei controlli e le persone FtoM con le femmine dei controlli. Infine, un confronto è stato fatto internamente al CDG, tra MtoF e FtoM.

3.3.4.3.1 Confronti tra sottogruppi per l'attaccamento

MtoF vs Controlli maschi e FtoM vs Controlli femmine

La distribuzione a 4-vie delle classificazioni AAI delle MtoF è 23% F, 16% Ds, 11% E, e 50% disorganizzati. In particolare, le Tabelle 3.21a e 3.21b mostrano il confronto tra i due sottogruppi, rispetto alle distribuzioni sicuri vs. insicuri e organizzati vs. disorganizzati, oltre alle scale della mente. Rispetto alla dimensione sicuri-insicuri, le due distribuzioni differiscono significativamente $\chi^2(1, N=135)=12.573, p=.000$, effect size $\phi=1.08$. Inoltre, le distribuzioni delle classificazioni organizzati vs. disorganizzati mostrano che l'80% dei controlli sono caratterizzati da rappresentazioni organizzate, mentre metà delle MtoF sono disorganizzate; anche questa differenza è significativa $\chi^2(1, N=135)=13.301, p=.000$, effect size $\phi=1.14$. Complessivamente, le diverse categorie della disorganizzazione sono equamente rappresentate all'interno del CDG (22% U, 16% CC, and 12% U/CC). Rispetto alle scale della mente, nel confronto tra MtoF e maschi dei controlli, le MtoF mostrano differenze significative nelle scale della Svalutazione e della Rabbia nei confronti del padre (in misura più elevata rispetto ai controlli).

Tabella 3.21a

Confronto tra MtoF e controlli maschi rispetto alle classificazioni dell'attaccamento

	Controlli maschi (n=61)	MtoF (n=74)
Sicuri (F)	32 (53%) ($rs=2.1$)	17 (23%) ($rs=-1.9$)
Insicuri (Ds, E, U, CC)	29 (47%) ($rs=-1.6$)	57 (77%) ($rs=1.4$)
Organizzati (F, Ds, E)	49 (80%) ($rs=1.6$)	37 (50%) ($rs=-1.5$)

Disorganizzati (U, CC)	12 (20%) (<i>rs</i> =-2.2)	37 (50%) (<i>rs</i> =2.0)
------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Note. F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify; *rs*=residui standardizzati.

Tabella 3.21b

Confronto tra MtoF e controlli maschi rispetto alle scale della mente AAI

		Controlli maschi (n=61)	MtoF (n=74)	t (df=133)	Effect size (Cohen's d)	<i>p</i>
Idealizzazione	Ms	3.29 (1.92)	3.54 (2.17)	-.711	-	n.s.
	Fs	2.38 (1.74)	2.13 (1.84)	1.073	-	n.s.
Svalutazione	Ms	1.16 (.80)	1.36 (1.28)	-1.059	-	n.s.
	Fs	1.12 (.53)	1.66 (1.71)	-2.509	.41	<.05
Rabbia	Ms	1.38 (.87)	1.49 (1.23)	-.618	-	n.s.
	Fs	1.42 (.93)	2.03 (1.59)	-2.706	.46	<.01

Note. Ms=madri; Fs=padri.

Allo stesso modo, sono stati effettuati confronti tra gli FtoM e le femmine dei controlli. La distribuzione a 4-vie degli FtoM è 43% F, 5% Ds, 19% E, e 33% disorganizzati. Il confronto della dimensione sicuri-insicuri (Tabella 3.22a) mostra una differenza significativa tra i due sottogruppi, $\chi^2(1, N=83)=4.707, p=.030$, effect size $\varphi=.52$. Anche rispetto al confronto organizzati-disorganizzati, le due distribuzioni differiscono in modo significativo, $\chi^2(1, N=83)=9.860, p=.002$, effect size $\varphi=1.08$ con più disorganizzazione nelle classificazioni degli FtoM (*rs*=2.5). Più nello specifico, l'attaccamento degli FtoM è caratterizzato da 9% di U, una sovra-rappresentazione di CC (19%; *rs*=3.0), e 5% di U/CC. Nessuna differenza significativa è stata invece trovata nel confronto tra le scale della mente dell'AAI (Tabella 3.22b).

Tabella 3.22a

Confronto tra FtoM e controlli femmine rispetto alle classificazioni dell'attaccamento

	Controlli femmine (n=62)	FtoM (n=21)
Sicuri (F)	43 (69%) (<i>rs</i> =.7)	9 (43%) (<i>rs</i> =-1.1)
Insicuri (Ds, E, U, CC)	19 (31%) (<i>rs</i> =-.9)	12 (57%) (<i>rs</i> =1.5)
Organizzati (F, Ds, E)	58 (93%) (<i>rs</i> =.6)	14 (67%) (<i>rs</i> =-1.0)
Disorganizzati (U, CC)	4 (7%) (<i>rs</i> =-1.5)	7 (33%) (<i>rs</i> =-2.5)

Note. F=Sicuri; Ds=Distanzianti; E=Preoccupati; U=Irrisolti/disorganizzati; CC=Cannot Classify; *rs*=residui standardizzati.

Tabella 3.22b

Confronto tra FtoM e controlli femmine rispetto alle scale della mente AAI

		Controlli femmine (n=62)	FtoM (n=21)	<i>t</i> (df=81)	<i>p</i>
Idealizzazione	Ms	2.27 (1.28)	2.45 (1.50)	-.553	n.s.
	Fs	2.25 (1.39)	1.64 (1.28)	1.747	n.s.
Svalutazione	Ms	1.33 (.79)	1.29 (1.10)	.202	n.s.
	Fs	1.39 (.98)	1.86 (2.17)	-.963	n.s.
Rabbia	Ms	1.69 (1.01)	1.52 (.75)	.671	n.s.
	Fs	1.38 (.85)	1.79 (1.44)	-1.231	n.s.

Note. Ms=madri; Fs=padri.

MtoF vs FtoM

Rispetto al confronto interno al CDG, sia la distribuzione a 4-vie dell'AAI sia la distribuzione sicuri vs insicuri, sia quella organizzati vs disorganizzati non hanno mostrato differenze significative. Rispetto alle scale degli stati della mente, l'unica differenza significativa è stata trovata rispetto all'Idealizzazione [$t(2.618, p=.012)$], per la quale le MtoF idealizzano le loro madri in misura maggiore rispetto agli FtoM.

3.3.4.3.2 Confronti tra sottogruppi per il trauma

MtoF vs Controlli maschi e FtoM vs Controlli femmine

Come per l'attaccamento, la presenza e la frequenza dei traumi sono state valutate prima considerando il confronto tra MtoF e controlli maschi, e successivamente tra FtoM e controlli femmine.

Rispetto alla *presenza* del trauma, il confronto tra MtoF e controlli maschi ha mostrato che l'11% delle MtoF non ha avuto esperienze traumatiche nei primi 14 anni di vita, il 13% una forma, l'8% due forme, il 16% tre forme e il 51% quattro o più forme. Rispetto ai controlli maschi, il 18% dei partecipanti non ha patito alcuna esperienza traumatica, il 43% ne ha vissuta una, il 20% due, il 10% tre, e il 10% quattro o più. Mettendo insieme le frequenze per identificare la presenza di polivittimizzazione (≥ 4), la percentuale di persone che hanno sofferto meno di quattro forme traumatiche è minore nelle MtoF (49%) rispetto ai controlli maschi (90%), mentre la percentuale di persone polivittimizzate è più elevata nelle MtoF (51%) rispetto ai controlli (10%). Le due distribuzioni differiscono in modo significativo [$\chi^2(1, N=135)=26.231; p=.000$, effect size $\phi=2.25$], con una sovrarappresentazione della polivittimizzazione ($sr=2.8$) e una sotto-rappresentazione delle MtoF con meno di quattro forme traumatiche ($sr=-2.0$).

Rispetto all'altro confronto, i risultati mostrano che complessivamente il 30% degli FtoM non ha vissuto esperienze traumatiche o ne ha vissuta una sola, o due forme traumatiche diverse, contro il 70% che ne ha subite quattro o più. Rispetto ai controlli femmine, il 42% non ha vissuto esperienze traumatiche, il 32% una sola, il 13% due forme, l'8% tre e il 5% quattro o più forme traumatiche diverse. La percentuale di persone che hanno sofferto meno di quattro forme traumatiche è molto minore negli FtoM (29%) rispetto ai controlli femmine (95%). Di converso, la polivittimizzazione è molto più elevata nel primo gruppo (71%) rispetto al secondo (5%). Le due distribuzioni differiscono in modo significativo, $\chi^2(1, N=83)=40.956, p=.000$, effect size $\phi=4.49$, con una forte sovra-

rappresentazione della poli-vittimizzazione ($sr=4.9$) e una sotto-rappresentazione delle persone con meno di quattro esperienze traumatiche negli FtoM ($sr=-2.6$).

L'intensità delle diverse forme traumatiche sofferte dai sottogruppi del CDG e dei controlli è mostrata dalle Tabelle 3.23a e 3.23b. Rispetto al confronto tra MtoF e controlli maschi, sono emerse differenze significative nelle seguenti scale: Inversione di ruolo paterna, Abuso fisico e psicologico e Separazioni precoci sul versante materno, e Trascuratezza e Rifiuto da parte di entrambi i genitori. Per quanto riguarda i lutti precoci, è stata trovata una differenza significativa rispetto alla perdita del padre [Test esatto di Fisher: (N=135), $p=.002$].

Infine, rispetto al confronto tra FtoM e controlli femmine, sono emerse differenze significative sulle scale: Trascuratezza e Separazioni precoci sul versante paterno, Inversione di ruolo e Rifiuto su quello materno, e Abuso psicologico da parte di entrambi i genitori. Una differenza significativa è emersa anche rispetto al Lutto precoce relativo ad altre figure significative [$\chi^2(1, N=83)=14.512$, $p=.000$].

Tabella 3.23a
Confronti tra sottogruppi (Controlli maschi vs. MtoF) rispetto alle frequenze di traumi

		Controlli maschi (n=61)	MtoF (n=74)	t (df=133)	Effect size (Cohen's d)	p
Neglect	Ms	1.23 (.34)	1.49 (.66)	-2.963	.48	<.05
	Fs	1.39 (.38)	2.08 (.89)	-6.076	.98	<.001
Reject	Ms	1.16 (.38)	1.32 (.47)	-2.097	.37	<.05
	Fs	1.14 (.25)	1.66 (.68)	-6.192	.98	<.001
Role reversal	Ms	1.15 (.35)	1.28 (.41)	-1.873	-	n.s.
	Fs	1.01 (.05)	1.06 (.19)	-2.182	.35	<.05
Psychological abuse	Ms	1.09 (.18)	1.09 (.14)	-.073	-	n.s.
	Fs	1.07 (.13)	1.14 (.20)	-2.509	.41	<.05
Physical abuse	Ms	1.13 (.29)	1.16 (.28)	-.521	-	n.s.
	Fs	1.09 (.23)	1.23 (.40)	-2.573	.42	<.05
Sexual abuse	Ms	1.00 (.00)	1.02 (.14)	-1.375	-	n.s.
	Fs	1.00 (.00)	1.01 (.09)	-.907	-	n.s.
	OFs	1.01 (.06)	1.07 (.26)	-1.854	-	n.s.
Domestic violence	Ms	1.13 (.28)	1.18 (.44)	-.672	-	n.s.
	Fs	1.12 (.26)	1.26 (.57)	-1.829	-	n.s.
Separations	Ms	1.06 (.24)	1.23 (.62)	-2.178	.35	<.05
	Fs	1.30 (.56)	1.54 (.91)	-1.858	-	n.s.

Note. Ms=madri; Fs=padri; OFs=altre figure significative.

Tabella 3.23b

Confronti tra sottogruppi (Controlli femmine vs. FtoM) rispetto alle frequenze di traumi

		Controlli femmine (n=62)	FtoM (n=21)	t (df=81)	Effect size (Cohen's d)	P
Neglect	Ms	1.31 (.44)	1.54 (.64)	-1.565	-	n.s.
	Fs	1.27 (.38)	2.28 (1.06)	-4.276	1.62	<.01
Reject	Ms	1.19 (.29)	1.36 (.43)	-2.040	.51	<.05
	Fs	1.14 (.36)	1.60 (.56)	-3.521	1.10	<.05
Role reversal	Ms	1.10 (.23)	1.37 (.48)	-2.512	.87	<.05
	Fs	1.04 (.10)	1.02 (.09)	.716	-	n.s.
Psychological abuse	Ms	1.04 (.08)	1.18 (.20)	-3.166	1.15	<.05
	Fs	1.04 (.08)	1.19 (.27)	-2.451	.99	<.05
Physical abuse	Ms	1.06 (.13)	1.15 (.31)	-1.437	-	n.s.
	Fs	1.03 (.09)	1.28 (.56)	-2.066	-	n.s.
Sexual abuse	Ms	1.00 (.00)	1.02 (.09)	-1.000	-	n.s.
	Fs	1.00 (.00)	1.00 (.00)	---	-	n.s.
	OFs	1.01 (.04)	1.16 (.37)	-1.835	-	n.s.
Domestic violence	Ms	1.09 (.22)	1.33 (.61)	-1.802	-	n.s.
	Fs	1.09 (.22)	1.31 (.64)	-1.547	-	n.s.
Separations	Ms	1.06 (.24)	1.12 (.38)	-.875	-	n.s.
	Fs	1.09 (.33)	1.64 (.90)	-2.769	1.04	<.05

Note. Ms=madri; Fs=padri; OFs=altre figure significative.

MtoF vs FtoM

Rispetto al confronto interno al CDG non sono emerse differenze significative nella presenza di traumi, né rispetto alla poli-vittimizzazione, né nella frequenza di esperienze traumatiche.

3.4.5 Discussione

In questo secondo studio, in un campione di adulti con diagnosi di DG sono state esplorate le rappresentazioni relative all'attaccamento e le esperienze precoci di trauma relazionale su due livelli di analisi. Il primo ha preso in considerazione l'intero campione, comparandolo con un campione di controllo e con alcuni campioni presi dalla letteratura; il secondo ha, per così dire, ingrandito la lente di analisi per valutare i sottogruppi del campione, confrontando attaccamento e trauma tra persone MtoF e FtoM, tra MtoF e maschi dei controlli e tra FtoM e femmine dei controlli. Visto il grande numero di confronti, in questa sezione saranno presentate anche alcune ricapitolazioni dei risultati principali.

Rispetto al primo livello di analisi, per quanto riguarda l'attaccamento, il dato principale emerso è che quasi metà del campione (46%) è segnato da classificazioni disorganizzate (U e CC). Nel gruppo di controllo, solo una forma di disorganizzazione è presente: la forma U, legata principalmente a lutti avvenuti di recente. Di converso, nel CDG sono state trovate tutte e tre le forme di profili di disorganizzazione (19% U, 17% CC e 10% U/CC). Da questo punto di vista, i risultati hanno dimostrato che il CDG non mostra differenze significative con i campioni clinici italiani (Cassibba et al., 2013) e internazionali (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009a), che hanno percentuali combinate tra U e CC varianti tra 36% e 43%. È interessante notare che diversi studi mettono in risalto elevate frequenze di classificazioni disorganizzate in campioni con varie problematiche psicopatologiche (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Allen, Hauser, & Borman-Spurrell, 1996; Farina et al., 2014; Harari, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Ivarsson, 2008; Murphy et al., 2014; Steele, Hodges, Kaniuk, Hillman, & Henderson, 2003; Stovall-McClough & Cloitre, 2006; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001) o a forte rischio psico-sociale (Crowell & Hauser, 2008; Lyons-Ruth et al., 2003; Stalker & Davies, 1995). Nello specifico, rispetto agli studi con campioni transgender, l'elevata frequenza di classificazioni disorganizzate trovata nel campione della presente ricerca conferma l'associazione trovata tra pattern disorganizzati dell'attaccamento e transessualismo trovata in precedenza (Cook, 1999; Vitelli e Riccardi, 2010). Inoltre, l'eterogeneità dei profili disorganizzati mostra la presenza al contempo di cadute nelle strategie del discorso confinate a specifiche parti dell'intervista (lutti e traumi), tipiche della classificazione U, e di una compromissione più globale e pervasiva delle strategie di attaccamento mostrata nell'intero trascritto, tipica delle classificazioni CC. Molte delle narrative dei partecipanti sono state infatti caratterizzate da una mancanza di coerenza e integrazione autobiografica, rivelando difficoltà nel connettere elementi passati e presenti della propria storia, nel fornire ritratti bilanciati delle figure genitoriali e nel dare la giusta importanza alle esperienze di attaccamento. Come nelle popolazioni cliniche menzionate in precedenza, questi deficit si possono attribuire a un sistema di accudimento carente, di cui i partecipanti hanno fatto esperienza nell'infanzia. È probabile che questo

ambiente di crescita ostile abbia compromesso il loro senso personale di sicurezza e la capacità di integrazione di esperienze contraddittorie.

Differenze significative sono state inoltre trovate in alcune specifiche scale della mente dell'AAI: il CDG, se confrontato con il campione di controllo, ha mostrato una maggiore idealizzazione delle madri e una maggiore svalutazione e rabbia nei confronti dei padri. Queste rappresentazioni così polarizzate delle figure genitoriali sono molto interessanti, perché aggiungono un altro versante di mancata integrazione al quadro che si sta delineando. Come sappiamo dai capitoli precedenti, molte teorie psicoanalitiche hanno visto nelle disfunzioni familiari un fattore eziologico delle condizioni transessuali. Alla luce della complessità rilevata dagli studi più recenti sull'eziologia della DG, preferisco considerare tali disfunzioni più che come fattori causativi, come fattori di rischio, co-occorrenti alla DG, che possono segnare negativamente lo sviluppo psicologico delle persone transgender. Se da una parte i risultati riecheggiano le spiegazioni eziologiche psicoanalitiche più famose, come quella di Coates (Coates & Person, 1985), che metteva al centro l'ansia di separazione dalla madre, o quella di Stoller (1968, 1985), che metteva tra le cause una mancanza di disponibilità emotiva da parte dei padri, si vedrà come, da un'analisi più approfondita, altri risultati della ricerca corrente mettono in dubbio le stesse teorie. Per questo motivo non considero questi stati mentali (idealizzazione della madre e rabbia contro il padre) come segni di antiche identificazioni psicologiche da cui l'identità di genere si è sviluppata, piuttosto come rappresentazioni opposte e scisse di figure parentali accettanti e non-accettanti della stessa identità non conforme.

Rispetto al secondo versante dello studio, ovvero la storia personale delle esperienze traumatiche precoci, si è visto come in più di metà del campione (56%) sia stata osservata una co-occorrenza di forme traumatiche multiple nell'infanzia e nell'adolescenza, che portano alla poli-vittimizzazione (Finkelhor et al., 2007, 2011). Considerando la grande varietà delle esperienze vissute, che hanno compreso sia traumi discreti e attivi sia atmosfere traumatiche caratterizzate da traumi più cumulativi, si può affermare senza dubbio che il campione della ricerca presenta un alto livello di trauma

complesso. Verranno discusse le differenze tra le due figure parentali poco più avanti, valutando le analisi al livello dei sottogruppi.

In generale, ciò che si è trovato riguardo il trauma conferma ed estende i risultati degli studi precedenti sul rischio di maltrattamento e abuso per le persone transessuali (es. Bandini et al., 2011; Nuttbrock et al., 2009, 2010). Inoltre, la grande prevalenza di esperienze traumatiche potrebbe spiegare l'alta frequenza di classificazioni disorganizzate dell'attaccamento.

Rispetto alle differenze tra le due figure parentali, le relazioni con le madri sembrano essere migliori, ma bisogna considerare che, rispetto ai controlli, le madri dei soggetti con DG sono idealizzate in misura maggiore. È possibile che tali rappresentazioni più positive siano, nella maggior parte dei casi, tendenti alla generalizzazione e superficiali, in quanto non supportate da episodi raccontati.

Per quanto riguarda il secondo livello di analisi, abbiamo visto come rispetto all'attaccamento non siano emerse differenze significative tra i sottogruppi interni al CDG. Ciò mette in risalto l'omogeneità nel campione della ricerca rispetto alla distribuzione delle classificazioni di attaccamento: l'elevata disorganizzazione e la mancanza di sicurezza non è quindi legata a uno dei due generi, piuttosto al fatto più generale che le persone trans, nel complesso, costituiscono un gruppo a rischio. Inoltre, come affermano Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn (2009), non sono mai state trovate differenze significative tra generi diversi negli studi che hanno utilizzato l'AAI. È rispetto alla storia traumatica che, in questo livello di analisi, sono emersi i risultati più interessanti. I confronti tra i sottogruppi divisi in base al sesso biologico hanno infatti mostrato come le persone MtoF confrontate con i maschi dei controlli, siano (1) più trascurate e rifiutate da entrambi i genitori; (2) hanno sofferto più inversione di ruolo e abusi fisici e psicologici da parte dei padri; (3) hanno patito più frequentemente separazioni precoci dalle madri; e (4) hanno con più frequenza perso precocemente i padri. Rispetto all'altro confronto, invece, le persone FtoM, rispetto alle femmine dei controlli, (1) sono state più spesso vittime di rifiuto e abuso psicologico da parte di entrambi i genitori; (2) hanno avuto madri più simbiotiche, con maggiore inversione di ruolo; (3) hanno fatto esperienza

di più separazioni precoci e trascuratezza da parte dei padri; e (4) hanno sofferto più perdite precoci di parenti vicini o amici intimi.

Questi dati, presi nell'insieme, mettono in luce aspetti interessanti delle relazioni disfunzionali con i genitori dei partecipanti alla ricerca. In generale, tutti e due i sottogruppi hanno sofferto una grave trascuratezza, rifiuto e abuso psicologico. I risultati relativi alle MtoF sono particolarmente interessanti perché, come accennato in precedenza, confutano l'idea psicoanalitica dei padri dei maschi con DG come figure assenti. Nel CDG, i padri delle MtoF erano molto presenti e abusanti, mentre le madri (nella visione stolleriana simbiotiche e accoglienti) erano spesso separate dai loro figli, o li trascuravano o rifiutavano. L'idealizzazione delle madri delle MtoF può quindi essere letta come un'idealizzazione della figura femminile in generale – figura con cui si identificano.² Inoltre, è interessante notare come il confronto tra FtoM e femmine dei controlli ha mostrato risultati simmetricamente rovesciati: la figura con più inversione di ruolo è quella materna, e non paterna, e hanno sofferto più separazioni precoci dai padri e non dalle madri come nel caso delle MtoF. Questi dati sembrano quindi smentire l'idea di una identità di genere costruita in base alla vicinanza emotiva, o all'iper-investimento affettivo messo in pratica dalla figura genitoriale, della figura dell'altro sesso. Sarà interessante continuare a studiare questo aspetto in studi futuri, con campioni più ampi.

3.4.6 Limiti e direzioni future dello studio

Anche questo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, la dimensione del campione, pur se ampliata rispetto al primo studio, è comunque relativamente piccola e dunque qualsiasi generalizzazione dei risultati va effettuata con cautela. Tuttavia, campioni con numerosità ridotta sono comuni negli studi italiani su pazienti con DG (in generale, il numero dei pazienti seguiti dai centri specializzati in Italia è ancora molto esiguo, se confrontato con i numeri dei centri esteri, come

² Da questo punto di vista, è interessante notare come, in molti casi, gli aggettivi scelti dalle MtoF per descrivere le loro madri sono spesso generici e stereotipati (ad es. “amore della mia vita”, “tutta-mamma”, “mamma bravissima”) e spesso relativi ad aspetti fisici (“bellissima”, “seduttiva”, “tutti gli uomini la amavano”).

ad esempio quelli di Londra e Amsterdam). Inoltre, il fatto che il campione di controllo non sia corrispondente per numerosità ed età, suggerisce una cautela ancora maggiore nella generalizzazione dei risultati.

Il secondo limite riguarda gli strumenti: in questo studio la storia traumatica è stata valutata con lo strumento *clinician-report* Complex-TQ, applicato ai trascritti dell'AAI. Di conseguenza, il trauma non è stato indagato usando una fonte di informazioni indipendente dalla misura dell'attaccamento. Tuttavia, come affermano Bailey et al. (2007), l'Adult Attachment Interview, rispetto ad altre interviste focalizzate sui traumi, può elicitarne il ricordo e il racconto di un maggior numero di esperienze traumatiche, perché inquadra le domande sulle difficoltà vissute nel contesto più ampio delle esperienze avute con i genitori nell'infanzia e nell'adolescenza, facilitando la memoria di dimensioni traumatiche più elusive, come la trascuratezza e l'abuso di tipo emotivo.

Per quanto riguarda le direzioni future, sarebbe interessante osservare le stesse dimensioni in una popolazione transessuale più giovane, per valutare se le nuove generazioni siano esposte a una traumaticità minore, e se i cambiamenti culturali degli ultimi anni hanno avuto un impatto sulle relazioni familiari e sull'accettazione della diversità di genere. Per lo stesso motivo, sarebbe molto interessante valutare attaccamento e trauma in studi comparativi internazionali, per indagare le differenze tra culture e società diverse. Infine, sarebbe utile ripetere lo studio in senso longitudinale, seguendo il percorso di transizione compiuto dalle persone transessuali, per valutare l'eventuale miglioramento nello stato della mente rispetto all'attaccamento e l'elaborazione e l'integrazione delle esperienze traumatiche precoci.

Conclusioni

How long have I been here, what a question, I've often wondered. And often I could answer, An hour, a month, a year, a century, depending on what I meant by here, and me, and being.

[Da quando sono qui? Che domanda, me la sono fatta spesso. E spesso ho saputo rispondere, un'ora, un mese, un anno, cento anni, a seconda di quel che intendevo per qui, per io, per essere.]

- Samuel Beckett, *Texts for Nothing*

In questo lavoro sono state indagate alcune dimensioni importanti per una comprensione psicodinamica del fenomeno della disforia di genere. Tali dimensioni sono i tratti e i disturbi della personalità, i pattern di attaccamento e le esperienze traumatiche, lette in un'ottica complessa. Dalla panoramica effettuata nel primo capitolo, dove ho preso in analisi diverse dimensioni del transessualismo odierno, è emersa la descrizione di un fenomeno in crescita, in continua trasformazione, difficile da categorizzare da un punto di vista diagnostico e complicato anche da concettualizzare in termini esatti e definitivi. Abbiamo visto come al centro dell'interpretazione contemporanea vi sia ora una sofferenza soggettiva, legata a un mancato riconoscimento identitario (e in quanto tale, riprendendo il paragone dell'introduzione, sovrapponibile in termini teorici ad altre accezioni dell'identità, come quella nazionale e politica), privata dello spettro patologizzante, tuttavia caratterizzata dalla presenza di diverse problematiche in comorbidità. La prospettiva scelta per la ricerca, ovvero l'analisi retrospettiva delle storie traumatiche e dell'attaccamento, unita a una valutazione del funzionamento della personalità – questa rivolta al tempo presente – ha permesso un approccio alla dimensione soggettiva su più piani. Come già descritto nelle discussioni dei singoli studi, questo versante di osservazione ha dato l'opportunità di confermare diversi risultati presenti nella letteratura scientifica più recente. I dati sulla personalità, da un lato, hanno dimostrato come sia impossibile considerare l'eterogenea popolazione che presenta una varianza di genere come appartenente a un unico gruppo di individui, con caratteristiche simili. La ricerca presente ha

dimostrato infatti la presenza di almeno tre organizzazioni di personalità molto diverse tra di loro (i tre cluster ad *Alto funzionamento*, *Depressivo-introverso* e *Istrionico-estroverso*, vedi par. 3.3.4.3). I dati su attaccamento e trauma, invece, hanno confermato nelle persone transessuali la presenza di fattori di rischio per diverse vulnerabilità psicologiche, come l'elevato numero di esperienze traumatiche e la disorganizzazione dell'attaccamento. Tali vulnerabilità, ravvisate nella storia dei partecipanti alla ricerca, tuttavia, non hanno trovato un riscontro psicopatologico all'interno dei dati sulla personalità, relativi al funzionamento psicologico presente. Ciò ci porta a uno degli aspetti più interessanti emersi dalla ricerca, ovvero alla differenza tra i due piani temporali del presente e del passato: da una parte le storie personali sono costellate da esperienze traumatiche di diverso tipo, dal trauma attivo come l'abuso fisico, fino a dimensioni più pervasive come la trascuratezza e il rifiuto genitoriale, riflesse nelle (o nella mancanza delle) strategie di attaccamento, caratterizzate da una impressionante carenza di classificazioni sicure, unita a un'alta frequenza di categorie disorganizzate; dall'altra l'attuale organizzazione di personalità descrive una popolazione sana, ben funzionante da un punto di vista affettivo e sociale.

Considerando che il campione della ricerca è stato reclutato tra persone piuttosto avanti sul percorso della transizione di genere, con alle spalle anni di terapie ormonali e in alcuni casi anche operazioni chirurgiche, da un punto di vista psicodinamico questa scissione dei piani tra un passato traumatico e negativo e un presente positivo è estremamente interessante. A maggior ragione considerando che il piano a cavallo tra i due tempi, quello dell'attaccamento misurato con l'Adult Attachment Interview, che riguarda lo stato della mente *presente* rispetto a esperienze del *passato* è, al contrario della personalità, caratterizzato da risultati molto negativi. Quest'apparente contraddizione è in realtà una base interessante da cui partire per comprendere la cesura tra passato e presente che le persone transessuali rischiano di operare sui loro corpi e sulle loro soggettività. È possibile infatti che gli interventi medico-chirurgici abbiano una rilevanza tale da "estromettere" dall'organizzazione psicologica presente i segni non più evidenti di una traumaticità passata (gli stessi segni la cui comparsa si tenta di evitare con l'uso degli ormoni bloccanti ipotalamici). Alessandra

Lemma, descrivendo una sua giovane paziente trans molto depressa, che aveva assunto i bloccanti ipotalamici in fase pre-puberale, ha scritto in un recente articolo:

“Il passato è diventato una terra desolata; Paula ha perso così il contesto temporale che potesse sostenerla nel fronteggiare l’impatto delle modificazioni corporee [in seguito alle operazioni di riassegnazione chirurgica del sesso]. La sfida per Paula non era quella di integrare il corpo percepito soggettivamente come “reale” nel contesto di un corpo in cui è nata; piuttosto, la sua dinamica è stata, per così dire, quella di comprare all’ingrosso una nuova identità e fuggire da qualsiasi cosa o persona che potesse riconnettere la sua identità al passato. Non ci sorprende che ciò abbia portato a una grave crisi del funzionamento psicologico, con un’evidente tendenza alla somatizzazione, e a una rottura del legame temporale.” (Lemma, 2016, p. 368, traduzione mia)

Una “rottura” simile, sul piano temporale tra passato e presente, mi pare ravvisabile nei risultati di questa ricerca. Chiunque abbia esperienza in campo clinico non può sottovalutare i rischi che una cesura di questo tipo comporta sul piano dell’integrazione dell’identità, così come la presenza di una traumaticità così elevata e la disorganizzazione dell’attaccamento e non possono non essere considerati come fattori di rischio da tenere in seria considerazione. Credo pertanto che sarà molto interessante continuare a studiare questi aspetti dinamici in future ricerche psicologiche e psicoanalitiche, sia in resoconti clinici di casi singoli, sia in studi di tipo quantitativo con campioni ampi.

Per questi motivi, la presente ricerca ha diverse implicazioni per la pratica clinica, per il supporto familiare e per l’educazione. La valutazione clinica delle persone transgender è spesso effettuata all’interno di centri specializzati multi-disciplinari. In questi centri, i pazienti sono seguiti da psichiatri, pediatri, psicologi e psicoterapeuti, che lavorano fianco a fianco con endocrinologi e chirurghi plastici. All’interno della valutazione e del supporto psicologici, ritengo che l’indagine dei pattern di attaccamento e della storia traumatica possa svolgere un ruolo cruciale nel portare alla luce conflitti e difese che interferiscono con una libera esplorazione della propria identità di genere. Compito degli psicologi e degli psicoterapeuti è infatti quello di aiutare i pazienti a integrare i ricordi

traumatici, promuovendo la resilienza e il senso di agio nell'espressione libera della propria identità di genere. I professionisti clinici devono essere quindi ben informati e formati sulla disforia di genere e sui suoi correlati traumatici per offrire a pazienti e famiglie un supporto adeguato e eticamente corretto.

Infine, va promossa la diffusione di informazioni sulla disforia di genere presso famiglie, scuole e comunità per promuovere accettazione sociale e ridurre lo stigma, e contrastare così pericolosi fattori di rischio per il benessere psicologico delle persone transgender. Questo bisogno è particolarmente urgente in Italia, dove le conoscenze sulle varianze di genere sono molto scarse, a vari livelli e in diversi contesti, compreso quello dei professionisti della salute mentale.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., Vanderlaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., ... & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756-763. <http://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 254-263. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.254>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition revised*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition text revised*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 32*, 389-394.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse and Neglect, 31*(4), 393-415. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.09.006>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry, 30*(6), 807-815.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment and Human Development, 9*(2), 139-161. <http://doi.org/10.1080/14616730701349721>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development, 11*(3), 223-263.
- Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., ... & Ricca, V. (2013). Gender identity disorder and eating disorders: Similarities and differences in terms of body uneasiness. *Journal of Sexual Medicine, 10*(4), 1012-1023. doi:10.1111/jsm.12062
- Bandini, E., Fisher, A. D., Ricca, V., Ristori, J., Meriggiola, M. C., Jannini, E. A., ... & Maggi, M. (2011). Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *International Journal of Impotence Research, 23*(6), 276-285. doi:10.1038/ijir.2011.39
- Barbaranelli, C. (2006). *Analisi dei dati con SPSS II. Le analisi multivariate*. Milano: LED Edizioni Universitarie.

- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology (Statistical Section)*, 3, 77-85.
- Bartlett, N. H., Vasey, P. L., & Bukowski, W. M. (2000). Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles*, 43, 753-85.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press. [Trad. it. *Modernità liquida*, Laterza, Bari, 2003]
- Beatrice, J. (1985). A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 358-365.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5-12. doi:10.3109/09540261.2015.1091293
- Bem, L. S. (1981). *Sex-Role Inventory Manual and Sampler Set*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York: The Julian Press.
- Bernstein, S. M., Steiner, B. W., Glaister, J. T., & Muir, C. F. (1981). Changes in patients with gender-identity problems after parental death. *The American journal of psychiatry*, 138(1), 41-45.
- Birkenfeld-Adams, A. S. (2000). *Quality of attachment in young boys with gender identity disorder: A comparison to clinic and nonreferred control boys*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Downsview.
- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher.

- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Blum, R. W., Mmari, K., & Moreau, C. (2017). It begins at 10: How gender expectations shape early adolescence around the world. *J Adolesc Health, 61*, S3e4.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health, 103*(5), 943-951.
- Bodlund, O., Kullgren, G., Sundbom, E., & Hojerback, T. (1993). Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 88*, 322-327.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1406-1416.
- Bozkurt, A., Isikli, H., Demir, F., Ozmenler, K., Gulcat, Z., Karlidere, T., & Aydin, H. (2006). Body image and personality traits of male-to-female transsexuals and homosexuals. *Social Behavior and Personality, 34*(8), 927-938.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1997). Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36*(7), 872-880. doi:10.1097/00004583-199707000-00008
- Bradley, S. J., Blanchard, R., Coates, S., Green, R., Levine, S. B., Meyer-Bahlburg, H. F. L., ... & Zucker, K. J. (1991). Interim report of the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders. *Archives of Sexual Behavior, 20*(4), 333-343. <http://doi.org/10.1007/BF01542614>
- Briere, J. N. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 78-82.
- Brown, G.R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry, 148*, 55-61.
- Buhrich, N., & McConaghy, N. (1978). Parental relationships during childhood in homosexuality, transvestism and transsexualism. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 12*, 103-

- Bullough, B., & Bullough, V. L. (1997). Are transvestites necessarily heterosexual? *Archives of Sexual Behavior*, *26*, 1-12.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2; Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for Administration and Scoring*. Minneapolis, MI: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis, MI: University of Minnesota Press.
- Butler, J. (2015). *Notes Toward a Performative Theory of Assembly*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [Trad. it. *L'alleanza dei corpi*, Nottetempo, Roma, 2017]
- Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H., & Evers, C. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among Dutch psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, *160*, 7.
- Caron, G. R., & Archer, R. P. (1997). MMPI and Rorschach characteristics of individuals approved for gender reassignment surgery. *Assessment*, *4*, 229-241.
- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). Attachment the Italian way: In search of specific patterns of infant and adult attachments in Italian typical and atypical samples. *European Psychologist*. <http://doi.org/10.1027/1016-9040/a000128>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (a cura di) (2016). *Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Cauldwell, D. (1949). Psychopathia Transexualis. *Sexology*, *16*, 274-280.
- Chase Stovall-McClough, K. & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and Psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed (pp. 715-738). New York, NY, US: Guilford Press.

- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of The Society For Adolescent Medicine*, 58(3), 369-371. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.11.010
- Chiland, C. (2003). *Le Transsexualisme*. Paris: P.U.F.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. In *Developmental Psychopathology: Second Edition* (Vol. 3, pp. 129–201). <http://doi.org/10.1002/9780470939406.ch4>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz M. (2006). Attempted Suicide Among Transgender Persons. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 53-69, DOI: 10.1300/J082v51n03_04
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality.
- Coates, S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18(3), 414-38.
- Coates, S., & Moore, M. S. (1997). The complexity of early trauma: representation and transformation. *Psychoanal. Inq.*, 17, 286-311.
- Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: isolated finding or pervasive disorder? *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 702-709.
- Coates, S., & Zucker, K. J. (1992). Gender Identity Disorders in Children. In C. J. Kestenbaum & D.T. Williams (a cura di), *Handbook of clinical assessment of children and adolescents*. New York: NYU Press.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed., pp. 24–26). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40*, 391.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender identity disorders. In C. Bilberg (a cura di), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695-725). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Arrindell, W. A. (1990). Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: A controlled study. *Psychological Medicine, 20*, 613-620.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499-513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The Journal of Sexual Medicine, 5*, 1892-1897. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(1), 41-53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., & de Vries, A. C. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*, 689-700. doi:10.1016/j.chc.2011.08.001
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 13-26.

- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real?. *Psychiatry Research*, *30*, 173-180.
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013). Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*, 3049-3058.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health*, *102*, 118-22. doi:10.2105/AJPH.2011.300315
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & Van der Kolk, B. (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. <http://doi.org/10.1037/e404122005-001>
- Cook, C. G. (1999). Paternal contributions to the etiology of Gender Identity Disorder: A study of attachment, affect regulation, and gender conflict. *Dissertation Abstracts International*, *60*, 0361.
- Coons, P. M. (1984). The differential diagnosis of multiple personality: A comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Cooper, P. P., Pauletti, R. E., Tobin, D. D., Menon, M., Menon, M., Spatta, B. C., ... & Perry, D. G. (2013). Mother-Child Attachment and Gender Identity in Preadolescence. *Sex Roles*, *69*(11-12), 618-631. doi:10.1007/s11199-013-0310-3
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child abuse & neglect*, *26*(11), 1165-1178.

- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*, 412-425.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults). An Evidence-Based Guide*. New York e London: Guilford.
- Coussinoux, S., Gallarda, T., Smith, J., et al. (2005). Tests de personnalité et identification sexuée chez des transsexuels masculins. *L'Encephale*, *31*, 24-30.
- Crowell, J. A., & Hauser, S. T. (2008). Le AAI in un campione ad alto rischio. Stabilità e relazione con il funzionamento dell'adolescenza a 39 anni. In H. Steele e M. Steele (a cura di), *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche* (pp. 373-409). Tr. it. Milano: Cortina, 2010.
- Danielson, C. K., Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child Maltreatment in Depressed Adolescents: Differences in Symptomatology Based on History of Abuse. *Child Maltreatment*, *10*(1), 37-48. <http://doi.org/10.1177/1077559504271630>
- De Cuypere, G., & Knudson, G. (2015). *Gender incongruence of childhood: yes or no—a survey among WPATH members*. First Biennial Conference of the European Professional Association for Transgender Health; Ghent, Belgium; March 12-14, 2015.
- De Cuypere, G., Janes, C., & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*, 180-184.
- De Lillo, A., Argentin, G., Lucchini, M., Sarti, S., & Terraneo M. (2007). *Analisi multivariate per le scienze sociali*. Milano: Pearson Education.
- De Meyer, S., Kågesten, A., Mmari, K., McEachran, J., Chilet-Rosell, E., Kabiru, C. W., ... & Michelsen, K. (2017). “Boys Should Have the Courage to Ask a Girl Out”: Gender Norms in Early Adolescent Romantic Relationships. *J Adolesc Health*, *61*(4S), S42-S47.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 1195-1202.

- de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research, 186*, 414-418.
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930-936. <http://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of homosexuality, 59*(3), 301-320.
- de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T.A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134*, 1-9. doi:10.1542/peds.2013-2958
- Delemarre-van de Waal, H.A. (2014). Early Medical Intervention in Adolescents with Gender Dysphoria. In B. C. Kreukels, T. D. Steensma e A. C. de Vries, (a cura di), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 193-204). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., ... & Zucker, K. J. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: Further validity evidence. *Journal of Sex Research, 47*(1), 49-58. <http://doi.org/10.1080/00224490902898728>
- Devor, H. (1994). Transsexualism, dissociation, and child abuse: An initial discussion based on nonclinical data. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 6*, 49-72.
- Di Ceglie, D. (1998). *A Stranger in my Own Body*. London: Karnac Books. [trad. it. *Straniero nel mio corpo*, Franco Angeli, Milano, 2003]

- Di Ceglie, D. (2014). Gender dysphoria in young people. In S. Huline-Dickens (a cura di), *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 349-364). London: The Royal College of Psychiatrists Publications.
- Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., & Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6(1).
- Di Stefano, A. S. (2008). Suicidality and Self-Harm Among Sexual Minorities in Japan. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1429-1441. <http://doi.org/10.1177/1049732308322605>
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International review of psychiatry*, 28(1), 36-43.
- Drescher, J., & Byne, W. (2012). Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn. *Journal of Homosexuality*, 59, 501-510.
- Drescher, J., & Byne, W. (2013). *Treating transgender children and adolescents: an interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*, 24, 568-577.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2017). Behavior Problems and Psychiatric Diagnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-16. doi:10.1080/0092623X.2017.1340382

- Ehrbar, R. D., Witty, M. C., Ehrbar, H. G., & Bockting, W. O. (2008). Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(5), 385-412. <http://doi.org/10.1080/00926230802219398>
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex*, 59, 337-356.
- Ehrensaft, D. (2013). "Look, Mom, I'm a Boy-Don't Tell Anyone I Was a Girl." *Journal of LGBT Youth*, 10(1-2), 9-28. <http://doi.org/10.1080/19361653.2012.717474>
- Eisenberg, M. E., Gower, G. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.014.
- Ellenberger, H. (1970). *La scoperta dell'inconscio*, 2 voll. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri 1976.
- Erickson-Schroth, L. (2013). Update on the Biology of Transgender Identity. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 17(2), 150-174. <http://doi.org/10.1080/19359705.2013.753393>
- European Commission. (2011). *Trans and intersex people: discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. <http://www.refworld.org/docid/4fdedde32.html>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1978). *Eysenck personality questionnaire*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnoni, V., Trentini, C., Maggiora Vergano, C., ... & Della Marca, G. (2014). Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(5), 449-458. <http://doi.org/10.1007/s00406-013-0461-9>
- Ferdinand, R.F., & van der Ende, J. (1998). *Diagnostic Interview Schedule for Children IV Parent-Version*. Rotterdam, The Netherlands: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Erasmus University Rotterdam.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimisation: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403-411.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. doi:10.1080/07351692209348990
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122.
- Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1155-1163. <http://doi.org/10.4088/JCP.08m04783>
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545-552. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. Tr. it. in *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri 1976.
- Freud, S. (1919). “*Un bambino viene picchiato*” (*Contributo alla conoscenza dell’origine delle perversioni sessuali*). Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri 1977.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Tr. it. in *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri 1977.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Tr. it. in *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri 1978.
- Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 430-434. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000203>
- Galiani, R. (2005). *Un sesso invisibile, sul transessualismo in quanto questione*. Napoli: Liguori.
- Gehring, D., & Knudson, G. (2005). Prevalence of childhood trauma in a clinical population of transsexual people. *International Journal of Transgenderism*, 8, 23-30.

- Giordano, S. (2007). Gender atypical organisation in children and adolescents: Ethico-legal issues and a proposal for new guidelines. *International Journal of Children's Rights*, *15*, 365-390. doi:10.1163/092755607X262793
- Giordano, S. (2014). Medical Treatment for Children with Gender Dysphoria: Conceptual and Ethical Issues. In B. C. Kreukels, T. D. Steensma e A. C. de Vries, (a cura di), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 205-230). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Global Action for Trans* Equality. (2013). Critique and alternative proposal to the “Gender Incongruence of Childhood” category in ICD-11. *Report on the GATE Civil Society Expert Working Group Meeting, Buenos Aires, April 4-6, 2013*. http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/critique-and-alternative-proposal-to-the-_gender-incongruence-of-childhood_-category-in-icd-11.pdf
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk and clinical samples. In A. Leslie e K. J. Zucker (a cura di), *Attachment and psychopathology* (pp. 171-195). New York: Guilford Press.
- Golombok, S., Rust, J., Zervoulis, K., Golding, J., & Hines, M. (2012). Continuity in sex-Typed behavior from preschool to adolescence: A Longitudinal population study of Boys and Girls aged 3-13 years. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(3), 591-597. <http://doi.org/10.1007/s10508-011-9784-7>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., & Guillamon, A. (2010). Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 546-552. <http://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4>
- Gómez-Gil, E., Gutierrez, F., Canizares, S., Zubiaurre-Elorza, L., Monràs, M., Esteva de Antonio, I., Salamero, M., & Guillamon, A. (2013). Temperament and character in transsexuals. *Psychiatry Research*, *210*, 969-974.
- Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of

transsexuals requesting sex reassignment: comparison of patients in pre-hormonal and pre-surgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90, 368-374.

Grant, J. M., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. *Washington National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*, 25, 2011. [http://doi.org/10.1016/S0016-7878\(90\)80026-2](http://doi.org/10.1016/S0016-7878(90)80026-2)

Green, R. (2000). Family co-occurrence of "gender dysphoria": Ten siblings or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 499-507.

Greenberg, R. P., & Laurence, L. (1981). A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 320-323.

Greeson, J. K., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J., ... & Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00425.x>

Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole e L. Moran (a cura di), *Syntax and semantics: Vol. 3. Speech acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.

Grice, H. P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of homosexuality*, 51(1), 111-128.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R., Howell, T. J., Hubbard, S. (2005). Parents' reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3-16.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71-92.

- Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 20*(4), 329-349. <http://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581>
- Haldeman, D. C. (2000). Gender atypical youth: Clinical and social issues. *School Psychology Review, 29*, 192-200.
- Hamburger, C., Stürup, G. K., & Dahl-Iversen, E. (1953). Transvestism: hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *JAMA, 152*(5), 391-396. <http://doi.org/10.1001/jama.1953.03690050015006>
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 276-281.
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. J. (2007). Attachment, disorganization, and dissociation. In E. Vermetten, M. J. Dorahi, D. Spiegel (a cura di), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (pp. 31–54). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, jc.2017-01658-jc.2017-1658*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 259-261.
- Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Herrenkohl, E. C. (1997). Preschool age antecedents of adolescents assaultive behavior: Results from a longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 422-432.

- Hesse, E. (2008). L'Adult Attachment Interview: protocollo, metodologie di analisi e studi empirici. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 160-214). Roma: Fioriti, 2010.
- Hill, D. B., & Menvielle, E. (2009). "You have to give them a place where they feel protected and safe and loved": The views of parents who have gender-variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 6(2-3), 243-271.
- Hill, D. B., Rozanski, C., Carfagnini, J., & Willoughby, B. (2006). Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17, 7-34.
- Hill, J. P., & Lynch, M. E. (1983). The Intensification of Gender-Related Role Expectations during Early Adolescence. In J. Brooks-Gunn e A. C. Petersen (a cura di), *Girls at Puberty* (pp. 201-228). New York: Springer Science. http://doi.org/10.1007/978-1-4899-0354-9_10
- Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten. Eine Untersuchung uber den erotischen Verkleidungstrieb*. Berlin: Alfred Pulvermacher.
- Hirschfeld, M. (1923). Die Intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch fur Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hogan-Finlay, M. (1995). *Development of the cross gender lifestyle and comparison of cross gendered men with heterosexual controls*. Unpublished Ph.D. thesis, Carleton University, Ottawa, Canada.
- Hoyer, N. (1933). *Man into Woman: An Authentic Record of a Change of Sex. The True Story of the Miraculous Transformation of the Danish Painter, Einar Wegener*. New York: E.P. Dutton & Co.
- Hunt, D. D., Carr, J. E., & Hampson, J. L. (1981). Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 65-77.

- Isay, R. A. (1997). Remove gender identity disorder in DSM. *Psychiatr News*, 32, 9-13.
- Ivarsson, T. (2008). Il disturbo ossessivo-compulsivo in adolescenza. Il punto di vista dell'AAI. In H. Steele & M. Steele (a cura di), *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche* (pp. 245-274). Tr. it. Milano: Cortina, 2010.
- Jadva, V., Hines, M., & Golombok, S. (2010). Infants' preferences for toys, colors, and shapes: Sex differences and similarities. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1261-1273. <http://doi.org/10.1007/s10508-010-9618-z>
- Janet, P. (1889). *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2013.
- Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 301-306. <http://doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <http://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 9. <http://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 182-189. <http://doi.org/10.1097/01.NMD.0000054932.22929.5D>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 5), 4-14.
- Khan, M. M. R. (1963). "Il concetto di trauma cumulativo". Tr. it. in *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino 1979, rist. Raffaello Cortina, Milano 2002, pp. 41-56.

- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *100*(2), E270-5. <http://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kohlberg, L. A. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (a cura di), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Korte, A., Lehmkuhl, U., Goecker, D., Beier, K. M., Krude, H., & Grüters-Kieslich, A. (2008). Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, *105*(48), 834-841. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0834>
- Kraemer, B., Noll, T., Delsignore, A., Milos, G., Schnyder, U., & Hepp, U. (2006). Finger length ratio (2D:4D) and dimensions of sexual orientation. *Neuropsychobiology*, *53*(4), 210-214. <http://doi.org/10.1159/000094730>
- Kreukels, B. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, *7*, 466-472. doi:10.1038/nrendo.2011.78
- Kreukels, B. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *European Psychiatry: The Journal of The Association of European Psychiatrists*, *27*(6), 445-450. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.009
- Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *85*, 2034-2041.
- Kuyper, L., & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(2), 377-385. <http://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>

- Langevin, R., Paitich, D., & Steiner, B. (1977). The clinical profile of male transsexuals living as females vs. those living as males. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 143-154.
- Långstrom, N., & Zucker, K. J. (2005). Transvestic fetishism in the general population: Prevalence and correlates. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 87-95.
- Lawrence, A. A. (2010). Societal individualism predicts prevalence of nonhomosexual orientation in male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 573-583.
- Lawrence, A. A. (2013). More evidence that societal individualism predicts prevalence of nonhomosexual orientation in male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 693-695.
- Leavitt, F., & Berger, J. C. (1990). Clinical patterns among male transsexual candidates with erotic interest in males. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 491-505.
- Lemma, A. (2016). Present without past: The disruption of temporal integration in a case of transsexuality. *Psychoanal Inq.*, 36, 360-370. doi:10.1080/07351690.2016.1180908
- Levine, S. B. (1980). Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 164-173.
- Levine, S. B. (1989). Gender identity disorders of childhood, adolescence, and adulthood. In H. I. Kaplan & B.J. Sadock (a cura di), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 1*, 5th ed. (pp. 1061-1069). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (a cura di) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition (PDM-2)*. New York, NY: Guilford Press. ISBN: 9781462530557
- Liotti, G. (2013). Phobias of attachment-related inner states in the psychotherapy of adult survivors of childhood complex trauma. *Journal of clinical Psychology*, 69(11), 1136-1147.
- Lombardi, E. L. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, 56(8), 977-992. doi:10.1080/00918360903275393
- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101.

<http://doi.org/10.1300/J082v42n01>

- Lothstein, L. M. (1979). The aging gender dysphoria (transsexual) patient. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 431-444.
- Lothstein, L. M. (1983). *Female-to-male transsexualism: Historical, clinical, and theoretical issues*. Routledge.
- Lothstein, L. M. (1984). Psychological testing with transsexuals: a 30-year review. *Journal of Personality Assessment*, 48, 500-507.
- Luders, E., Sánchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., & Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*, 46(4), 904–907. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.048>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: neurobiological correlates, Parenting contexts, and Pathways to disorder. In J. Cassidy & P. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed (pp. 667-695). New York, NY, US: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile-Helpless state of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, 5(4), 330-351.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253-1267.
- Madigan, S., Vaillancourt, K., McKibbin, A., & Benoit, D. (2015). Trauma and traumatic loss in pregnant adolescents: the impact of Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy on maternal unresolved states of mind and Posttraumatic Stress Disorder. *Attachment and Human Development*, 17(2), 175-198. <http://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006386>
- Maggiore Vergano, C., Lauriola, M., & Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for

measuring early relational trauma. *Frontiers Psychology*, 6, 1323. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01323.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent's Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened and/or frightening Parental Behavior the Linking Mechanism?. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti e E. M. Cummings (a cura di), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *Adult Attachment Rating and classification systems*. University of California Press, Berkeley. Unpublished Manuscript.

Marantz, S., & Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 310-315.

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44, 291-303. doi:10.1136/adc.45.239.13

Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1983). The Effects of Sex-Typing Schemas on Young Children's Memory. *Child Development*, 54(3), 563-574. <http://doi.org/10.2307/1130043>

Martin, C. L., Ruble, D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903-933. <http://doi.org/10.1037//0033-2909.128.6.903>

Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of Child Maltreatment and Interadult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities and Socioemotional Adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00488>

McGann, P. J. (2007). Healing (disorderly) desire: Medical-therapeutic regulation of sexuality. In S. Seidman, N. Fischer e C. Meeks (a cura di), *Handbook of the new sexuality studies* (pp. 390-402). London: Routledge.

Melendez, R. M., & Pinto, R. (2007). 'It's really a hard life': Love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons. *Culture, health & sexuality*, 9(3), 233-245.

- Meyer-Bahlburg, H. F. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development: recommendations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 226-237. doi.org/10.1080/15532730903439476
- Miach, P. P., Berah, E. F., Butcher, J. N., & Rouse, S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*, *75*, 268-279.
- Michel, A., Ansseau, M., Legros, J.J., Pitchot, W., Cornet, J.P., & Mormont, C. (2002). Comparisons of two groups of sex-change applicants based on the MMPI. *Psychological Reports*, *91*, 233-240.
- Milrod, C. (2014). How Young Is Too Young: Ethical Concerns in Genital Surgery of the Transgender MTOF Adolescent. *J Sex Med*, *11*, 338-346. doi:10.1111/jsm.12387
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*. http://doi.org/10.1080/10926790802262523
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(2), 146-158. http://doi.org/10.1037/sgd0000029
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(5), 355-361.
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hypadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, *96*, 253-264.
- Money, J. (1986). *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*. New York, NY: Irvington Publishers.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *20*(3), 163-77.

- Money, J., & Lamacz, L. (1984). Gynemimesis and gynyimmetophilia: Individual and cross-cultural manifestations of a gender-coping strategy hitherto un-named. *Comprehensive Psychiatry*, *25*, 392-403.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 806-811.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, *38*(2), 224-233.
- Narrow, W. E., & Cohen-Kettenis, P. (2010). The revision of gender identity disorder: DSM-5 principles and progress. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, *14*(2), 123-129. <http://doi.org/10.1080/19359701003600954>
- Nicolais, G., Speranza, A. M., Bacigalupi, M., & Gentile, L. (2005). Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici. *Infanzia e adolescenza*, *4*(3), 187-199. ISSN 1594-5146
- Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(2), 108-125.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*, *47*(1), 12-23.
- Paap, M., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: A multisite study on gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 180-190.
- Parker, G., & Barr, R. (1982). Parental representations of transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*,

11, 221-230.

- Pauly, I. B. (1974). Female transsexualism: part I. *Archives of Sexual Behavior*, 3(6), 487-507.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36, 679-688.
- Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413-429.
- Pynoos, R. S., Fairbank, J. A., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L., Gerrity, E., Mount, M.L., & Maze, J. (2008). The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 389-395.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
- Roeger, L., Allison, S., Korossy-Horwood, R., Eckert, K. A., & Goldney, R. D. (2010). Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: a South Australian population-based observational study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10), 728-733. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f4aece>
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31, 531-547.
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1119-1133.
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 825-836.
- Sedgwick, E. (1993). How to bring your kids up gay. In E. Sedgwick (a cura di), *Tendencies* (pp. 154-166). Durham, NC: Duke University Press.

- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 28-38.
- Shen, A. C. T. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse & Neglect*, *33*(3), 148-160.
- Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, *37*, 321-337.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health*, *52*, 248-50. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.06.016
- Shipherd, J. C., Green, K. E., & Abramovitz, S. (2010). Transgender Clients: Identifying and minimizing barriers to mental health treatment. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, *14*(2), 94-108. <http://doi.org/10.1080/19359701003622875>
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *53*(6), 791-793.
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2011). Commentary on 'An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender' by Hill, Menvielle, Sica, & Johnson (2010). *Journal of Sex & Marital Therapy*, *37*(2), 151-157. doi:10.1080/0092623X.2011.547362

- Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2628-2632. <http://doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x>
- Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-Harming Thoughts and Behaviors in a Group of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 86-92. <http://doi.org/10.1080/15532739.2013.817321>
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35, 89-99.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The development of attachment in separated and divorced families. Effects of overnight visitation, parent and couple variables. *Attachment & Human Development*, 1(1), 2-33. <http://doi.org/10.1080/14616739900134011>
- Sood N. (2009). *Transgender people's access to sexual health and rights: a study of law and policy in 12 Asian countries*. Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2009.
- Spatz Widom, C., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.49>
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1856-1864. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1856>
- Stalker, C. A., & Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(5), 234-240.

- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., & Henderson, K. (2003). Attachment representations and adoption: Associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 187-205. <http://doi.org/10.1080/0075417031000138442>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582-590.
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 42(4), 635-647.
- Stein E. (2012). Commentary on the Treatment of Gender Variant and Gender Dysphoric Children and Adolescents: Common Themes and Ethical Reflections. *Journal of Homosexuality*, 59, 480-500. doi:10.1080/00918369.2012.653316
- Stephenson, W. (1953). *The study of behaviour: Q technique and its methodology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*. London: Karnac Books.
- Stoller, R. J. (1985). *Presentation of Gender*. London: Yale University Press.
- Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006>
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 219-228.
- Streeck-Fischer, A., & van der Kolk, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New*

Zealand Journal of Psychiatry, 34(6), 903–918. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2000.00827.x>

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Berkeley, CA: Seal Press.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 10-20. Tr. it. in Williams, R. (2009) (a cura di), Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee. Milano: Raffaello Cortina, pp. 89-136.

Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., & Balsam, K. F. (2017). Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology*, 36(10), 927-936.

Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A.E., & Herzog, D.B. (2008). A personality classification system for eating disorders: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 551-560.

Trickett, P. K., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in Emotional Abuse Experiences among Multiply Maltreated Young Adolescents and Relations with Developmental Outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 876-886.

Tsoi, W., Kok, L., & Long, F. (1977). Male transsexualism in Singapore: A description of 56 cases. *British Journal of Psychiatry*, 131, 405-409.

Tsushima, W., & Wedding, D. (1979). MMPI results of male candidates for transsexual surgery. *Journal of Personality Assessment*, 43, 385-387.

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323-330.

Underwood, J., Underwood, G., & Wood, D. (2000). When does gender matter? *Learning and Instruction*, 10(5), 447-462. [http://doi.org/10.1016/S0959-4752\(00\)00008-6](http://doi.org/10.1016/S0959-4752(00)00008-6)

van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic and Environmental Influences on Cross-Gender Behavior and Relation to Behavior Problems: A Study of Dutch

- Twins at Ages 7 and 10 Years. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 647-658.
<http://doi.org/10.1007/s10508-006-9072-0>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., ... & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287. <http://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 1-14.
<http://doi.org/10.1080/15532731003749087>
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Veale, J. F., Clarke, D. E., & Lomax, T. C. (2008). Sexuality of male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 586-597.
- Veale, J. F., Clarke, D. E., & Lomax, T. C. (2010). Biological and psychosocial correlates of adult gender-variant identities: A review. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 357-366.
- Vidal Hagemeyer, Á., Gil Gómez, E., & Nogués Peri, J. M. (2003). Aspectos psicológicos y psiquiátricos en las enfermedades inflamatorias intestinales. [Psychological and psychiatric aspects in inflammatory bowel diseases.]. *Revista de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(2), 97-104.
- Vitelli, R., & Riccardi E. (2010). Gender Identity Disorder and Attachment Theory: The Influence of the Patient's Internal Working Models on Psychotherapeutic Engagement and Objective. A Study Undertaken Using the Adult Attachment Interview. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 241-253

- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 71-84.
- Walker, S., Irving, K., & Berthelsen, D. (2002). Gender influences on preschool children's social problem-solving strategies. *The Journal of Genetic Psychology, 163*(2), 197-209. <http://doi.org/10.1080/00221320209598677>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413-1423. <http://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Wallien, M. S. C., Zucker, K. J., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). 2D:4D finger-length ratios in children and adults with gender identity disorder. *Hormones and Behavior, 54*, 450-454.
- West, M., Adam, K., Spreng, S., & Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(7), 627-631.
- Westen, D., & Harnden-Fisher, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry, 158*, 547-62.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 156*, 273-285.
- Wharton, V. W. (2007). *Gender variance and mental health: A national survey of transgender trauma history, posttraumatic stress, and disclosure in therapy*. Unpublished Master's dissertation, Smith College, Northampton, MA, United States of America.

- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Williams, R. (a cura di) (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winter, S., De Cuypere, G., Green, J., Kane, R., & Knudson, G. (2016). The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1605-1614. <http://doi.org/10.1007/s10508-016-0811-6>
- Winters, K. (2005). Gender dissonance: Diagnostic reform of gender identity disorder for adults. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17, 71-89.
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., ... & Zucker, K. J. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022>
- World Health Organization. (1975). *Report of the international conference for the ninth revision of the international classification of diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *International classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health. (2013). *WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11*. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/ICD%20Meeting%20Packet-Report-Final-sm.pdf
- Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human

brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68-70.

- Zilberstein, K. (2014). The use and limitations of attachment theory in child psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(1), 93.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 477-498.
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health* (14485028), 14(5), 404-411. doi:10.1071/SH17067
- Zucker, K. J., & Kuksis, M. (1990). Gender dysphoria and sexual abuse: A case report. *Child abuse & neglect*, 14(2), 281-283.
- Zucker, K. J., & Spitzer, R.L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSMIII as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 31-42.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: Some hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 217-227. <http://doi.org/10.1023/A:1025748032640>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 151-189.
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901-914. <http://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>
- Zucker, K. J., Lawrence, A. A., & Kreukels, B. P. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annual review of clinical psychology*, 12, 217-247. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034
- Zucker, K. J., Wood, H., & VanderLaan, D. P. (2014). Models of psychopathology in children and adolescents with gender dysphoria. In B. C. Kreukels, T. D. Steensma & A. C. de Vries (a cura

di), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 171-192). New York, NY: Springer Science + Business Media.

Zucker, K., J., & Bradley, S., J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in childrens and adolescents*. New York: Guildford press.

Appendice A – Glossario

Transessuale: Il termine si riferisce a quelle persone che sentono un forte desiderio di cambiare la loro morfologia sessuale in modo da vivere pienamente come membri del genere opposto rispetto a quello cui furono assegnati alla nascita. Le modificazioni chirurgiche riguardano gli organi riproduttivi e il torace, il cambiamento delle caratteristiche sessuali secondarie attraverso l'uso di ormoni, la rimozione permanente dei peli facciali e corporei e la rimozione del Pomo d'Adamo (Stryker, 2008).

Transgender: Termine diventato di uso corrente in tempi più recenti, verso la fine degli anni '70, indica un *allontanamento* da una posizione di genere assegnata inizialmente. È un termine più ampio di *transessuale* perché può indicare qualsiasi variazione dalle aspettative e norme di genere (Stryker, 2008).

Cisgender: Il termine, opposto di “transgender”, indica una persona in cui l'identità di genere è allineata con il sesso assegnato alla nascita (Serano, 2007).

Intersessuale: Per condizioni “intersessuali” si intendono tutte quelle variazioni dall'organizzazione tipica dell'anatomia riproduttiva umana, dovute principalmente a irregolarità genetiche. Alcuni corpi con cariotipo XY (maschile) possono apparire femminili alla nascita, altri possono avere genitali dall'aspetto misto tra le forme tipicamente maschili e femminili, altri con cariotipo XX (femminile) possono non avere vagina, ovaie, utero. La condizione intersessuale veniva precedentemente indicata con i termini di *ermafroditismo* o *pseudo-ermafroditismo* (Stryker, 2008).

MtoF o Male-to-Female: Per MtoF si intende una persona il cui sesso assegnato alla nascita era quello maschile e che ha cambiato (o sta cambiando) il proprio corpo e/o il suo ruolo di genere nella direzione di un corpo e/o di un ruolo di genere femminile. Sinonimi di MtoF sono *donna transgender* e *donna trans* (Coleman et al., 2012).

FtoM o Female-to-Male: Per FtoM di converso, si intende una persona il cui sesso assegnato alla nascita era quello femminile e che ha cambiato (o sta cambiando) il proprio corpo e/o il suo ruolo di genere nella direzione di un corpo e/o di un ruolo di genere maschile. Sinonimi di FtoM sono *uomo transgender* e *uomo trans* (Coleman et al., 2012).